



Universidade Nova de Lisboa
Escola Nacional de Saúde Pública

**Crenças, Atitudes, Literacia e Comportamentos de Saúde Oral
em Estudantes Universitários**
Mestrado em Gestão da Saúde

Vânia Graciela Rodrigues Torres de Sousa

Novembro, 2017.



Universidade Nova de Lisboa
Escola Nacional de Saúde Pública

**Crenças, Atitudes, Literacia e Comportamentos de Saúde Oral
em Estudantes Universitários**

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários a obtenção do grau de Mestre em Gestão da Saúde, realizada sob orientação científica de:

Professora Doutora Ana Rita Oliveira Goes

Novembro, 2017.

Ao meu pai que sempre acreditou em mim,
Espero que estejas orgulhoso.

Agradecimentos

Este trabalho é o culminar de um percurso difícil, mas prazeroso. A vontade de querer sempre mais tem-me acompanhado ao longo da vida e felizmente tenho conseguido alcançar todos os objetivos a que me tenho proposto.

Este trabalho só foi possível com o apoio e a amizade de muitas pessoas, às quais expresso o meu mais sincero agradecimento.

Um especial agradecimento à Professora Doutora Ana Rita Goes pela orientação científica, apoio incondicional, atenção, incentivo e amizade.

À minha mãe e irmãs, Mariana e Juliana que sempre me apoiaram e acreditaram em mim e que não permitiram que desistisse.

À Maria Soeiro, pela amizade, cumplicidade e por todas as horas de luta que passamos.

A todos os meus amigos que me incentivaram ao longo destes meses, sendo fundamentais no apoio e na divulgação do estudo.

A todos os participantes do estudo que sem a sua forte adesão não teria sido possível chegar aqui.

Resumo

Introdução: As doenças orais constituem um dos principais problemas de saúde pública. A compreensão dos seus determinantes é essencial para o desenho de intervenções preventivas.

Objetivos: Descrever e analisar a relação entre literacia em saúde oral (SO), crenças, atitudes, comportamentos de SO e nível de SO de estudantes universitários.

Metodologia: Foi realizado um estudo observacional transversal, recorrendo a uma amostra de conveniência, estudantes universitários (n=256). Foi pedida a colaboração às Faculdades de Ciências e Farmácia da Universidade de Lisboa. Uma outra forma de divulgação do estudo foi através das redes sociais através da estratégia de amostragem por bola de neve. A recolha de dados consistiu no preenchimento de um protocolo de investigação *online*.

Resultados: A frequência da escovagem demonstrou estar bem implementada, uma vez que a maioria dos estudantes escovava os dentes bidariamente. Verificam-se associações significativas entre as variáveis cognitivas e entre estas e os comportamentos relacionados com a SO. Por sua vez, a perceção do estado de SO associou-se com os comportamentos de SO, *locus* de controlo interno, valores de saúde, autoeficácia para as consultas de medicina dentária (SE-DC), autoeficácia para a escovagem diária, autoeficácia para os hábitos alimentares e autoeficácia total, destacando-se o papel da autoeficácia relacionada com as consultas de medicina dentária. O nível de literacia em SO apenas se associou com a perceção do estado de SO.

Conclusões: A autoeficácia SE-DC revelou um papel importante para a compreensão dos comportamentos relacionados com a SO e da perceção do nível de SO. Considerando os dados portugueses de baixa utilização de consultas de SO, este resultado aponta claramente a necessidade de compreender melhor esta variável e o seu papel na SO.

Palavras-chave: Estudantes universitários, crenças, autoeficácia, comportamentos e literacia em SO.

Abstract

Introduction: Oral diseases are one of the main public health issues. The understanding of its determinants is essential for the design of preventive measures.

Objective: To describe and analyze the relationship between oral health literacy, beliefs, attitudes, oral health behaviors and oral health level of university students.

Methodology: A cross-sectional observational study was performed, using a convenience sample, university students ($n = 256$). Collaboration was requested to the Faculties of Sciences and Pharmacy of the University of Lisbon. A different method of disseminating the study was through social networks, using the '*snowball sampling*' strategy. Data collection consisted of completing an online research protocol.

Results: The frequency of brushing proved to be well implemented, since most students brushed their teeth twice a day. There are significant correlations between the cognitive variables and between them and oral health related behaviors. On the other hand, the perception of oral health status was associated with its behaviors, the locus of internal control, health values, self-efficacy for dentist consultations (SE-DC), self-efficacy for brushing of the teeth, self-efficacy for dietary habits and, finally, with total self-efficacy, highlighting the role and importance of self-efficacy related to dentist consultations. The level of oral health literacy was only associated with oral health status' perception.

Conclusions: Self-efficacy SE-DC has proven to be an important role for understanding oral health behaviors and perceiving oral health. Considering the Portuguese data of low attendance to dentist consultations, this result clearly indicates the need to better understand this variable and its role in oral health.

Key words: University students, beliefs, self-efficacy, behaviors and oral health literacy.

Índice

Índice de tabelas.....	viii
Lista de abreviaturas	x
1.Introdução	13
2. Revisão da literatura.....	15
2.1. Saúde geral e importância da saúde oral	15
2.2. Importância da saúde oral para a saúde pública	16
2.3. Importância da saúde oral na gestão da saúde	17
2.4. Saúde oral em Portugal	18
2.5. Adaptação e vivência académica dos estudantes universitários	20
2.6. Determinantes da saúde oral	22
2.7. Comportamentos relacionados com a saúde oral	24
2.8. Determinantes dos comportamentos	25
2.8.1. <i>Crenças e atitudes em saúde oral</i>	28
2.8.2. <i>Autoeficácia</i>	29
2.9. Literacia em saúde	32
2.9.1. <i>Modelos conceituais da literacia em saúde</i>	34
2.9.2. <i>Instrumentos de avaliação da literacia em saúde</i>	35
2.10. Literacia em saúde oral	36
2.10.1. <i>Literacia em saúde oral e autoeficácia</i>	38
2.10.2. <i>Instrumentos de avaliação da literacia em saúde oral</i>	39
3. Questão de investigação e Objetivos.....	43
3.1. Questão de investigação	43
3.2. Objetivos	43
4. Metodologia	45
4.1. Caracterização do estudo.....	45
4.2. Caracterização da amostra	45
4.3. Instrumentos de recolha de dados	46
4.3.1. <i>Questionário acerca dos comportamentos relacionados com a saúde oral</i> 46	
4.4. Variáveis	49
4.4.1. <i>Variáveis de caracterização da amostra</i>	49
4.4.2. <i>Variáveis relacionadas com os comportamentos de saúde oral</i>	50
4.4.3. <i>Perceção da saúde oral.</i>	52

4.4.4. Variáveis relacionadas com as crenças dentárias e autoeficácia em saúde oral.....	52
4.4.5. Variáveis relacionadas com a literacia em saúde oral.....	53
4.5. Procedimento de recolha de dados.....	53
4.6. Análise estatística.....	53
4.7. Considerações éticas	54
5. Resultados.....	55
5.1. Estudos de validação.....	55
5.1.1. SESS.....	55
5.1.2. OHL-AQ.....	60
5.2. Estudo principal	64
5.2.1. Comportamentos relacionados com a saúde oral.....	64
5.2.2. Perceção da saúde oral	67
5.2.3. DBQ.....	67
5.2.4. Associação entre literacia em saúde oral, crenças e autoeficácia	69
5.2.5. Associação entre literacia em saúde oral, crenças, autoeficácia e comportamentos de saúde oral.....	70
5.2.6. Associação entre literacia em saúde oral, crenças, autoeficácia e perceção de saúde oral.....	71
5.2.7. Regressão linear: preditores dos comportamentos de saúde oral	72
5.2.8. Regressão logística: preditores da perceção de saúde oral	73
6. Discussão.....	77
6.1. Estudos de validação.....	77
6.1.1. SESS.....	77
6.1.2. OHL-AQ.....	78
6.2. Comportamentos relacionados com a saúde oral	78
6.3. Crenças dentárias, autoeficácia, comportamentos de SO, literacia em SO e perceção de SO	79
6.4. Limitações.....	82
7. Conclusão.....	83
8. Referências bibliográficas	85
Apêndices	93
Apêndice I: Consentimento Informado	94
Apêndice II: Protocolo de investigação	96

Índice de tabelas

Tabela 1: Idade dos participantes.	45
Tabela 2: Caracterização da amostra.	49
Tabela 3: Comportamentos relacionados com a saúde oral.	50
Tabela 4: Percepção de saúde oral.	52
Tabela 5: Crenças dentárias e autoeficácia em saúde oral.	52
Tabela 6: Literacia em saúde oral.	53
Tabela 7: Estatísticas descritivas SESS.	55
Tabela 8: Análise dos itens SESS.	55
Tabela 9: Correlações item-total do SESS.	56
Tabela 10: Alfa de <i>Cronbach</i> da versão japonesa, publicação inglesa e da versão portuguesa.	57
Tabela 11: Matriz de correlação SESS.	59
Tabela 12: Estatísticas descritivas OHL-AQ.	60
Tabela 13: Níveis de literacia na versão original, versão inglesa e versão portuguesa.	60
Tabela 14: Análise dos itens OHL-AQ.	61
Tabela 15: Alfa de <i>Cronbach</i> da versão original, versão inglesa e versão portuguesa.	62
Tabela 16: Matriz de correlação OHL-AQ.	63
Tabela 17: Comportamentos de higiene oral.	64
Tabela 18: Visita ao profissional de saúde oral.	65
Tabela 19: Informação sobre cuidados de saúde oral.	66
Tabela 20: Consumo de hidratos de carbono.	66
Tabela 21: Percepção de saúde oral.	67
Tabela 22: Estatísticas descritivas DBQ.	67
Tabela 23: Análise dos itens DBQ.	68
Tabela 24: Comparação do alfa de <i>Cronbach</i>	69

Tabela 25: Associação entre literacia em saúde oral, crenças e autoeficácia.	70
Tabela 26: Associação entre literacia em saúde oral, crenças, autoeficácia e comportamentos de saúde oral.	71
Tabela 27: Associação entre literacia em saúde oral, crenças, autoeficácia e perceção de saúde oral.	71
Tabela 28: Regressão linear preditores dos comportamentos de saúde oral.	72
Tabela 29: Regressão logística preditores da perceção de saúde oral.	73
Tabela 30: Modelo final.	75

Lista de abreviaturas

CMOHK – *Comprehensive Measure of Oral Health Knowledge*;
DBQ - *Dental Beliefs Questionnaire*;
EU – União Europeia;
FDI - *World Dental Federation*;
HÁ – Hidroxiapatite;
HeLD - *Health Literacy in Dentistry*;
HKOHLAT-P - *Hong Kong Oral Health Literacy Assessment Task for Pediatric Dentistry*;
HKREALD-30 - *Hong Kong Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry*;
HLQ - *Health Literacy Questionnaire*;
LCE – *Locus de controlo externo*;
LCI – *Locus de controlo interno*;
LCP – *Locus de controlo todos poderosos*;
NVS – *Newest Vital Sign*;
OHL-AQ - *Oral Health Literacy Adults Questionnaire*;
OHLA S - *Oral Health Literacy Assessment-Spanish*;
OHLI – *Oral Health Literacy Instrument*;
OMS – Organização Mundial de Saúde;
REALD – *Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry*;
REALM – *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*;
SESS - *Self-efficacy scale for selfcare*;
SE-B – Autoeficácia para a escovagem diária;
SE-DC – Autoeficácia para as consultas de medicina dentária;
SE-DH – Autoeficácia para os hábitos alimentares;
SO - Saúde oral;
TOFHLA – *Test of Functional Health Literacy in Adults*;
TOFHLiD – *Test of Funcional Health Literacy in Dentistry*;

VS – Valores de saúde.

1.Introdução

A saúde geral de um indivíduo está intimamente relacionada com a SO. Uma adequada SO promove o bem-estar físico, mental e social (WHO, 2003).

Devido à sua elevada prevalência, as doenças orais traduzem-se num dos principais problemas de saúde pública. No entanto, se adequadamente prevenidas e precocemente tratadas, a cárie dentária e as doenças periodontais possuem baixos custos de tratamento e ganhos de saúde consideráveis (DGS, 2005).

Uma boa SO está associada a corretos comportamentos de higiene oral, comportamentos alimentares adequados e visitas regulares ao profissional de SO (Pereira *et al.*, 2013).

É do conhecimento geral que as condições de SO são na sua grande maioria passíveis de ser evitadas, no entanto a sua prevalência indica que as abordagens preventivas não têm sido muitas vezes eficazes. Algumas revisões da literatura analisaram intervenções de promoção da SO, verificando que de uma forma geral essas intervenções produziam efeitos nos conhecimentos, mas não nos comportamentos e nível de SO a longo prazo (Kay ; Locker, 1998; Cooper *et al.*, 2013). A visão de que as causas das doenças orais são baseadas nos determinantes sociais da saúde e nas circunstâncias culturais e sociais dos indivíduos é desta forma sustentada (Yevlahova ; Satur, 2009).

A investigação acerca dos determinantes de SO, tem destacado o papel de variáveis cognitivas, como as crenças e atitudes, e de variáveis comportamentais, como os comportamentos relacionados com a SO (Yevlahova ; Satur, 2009). Vários trabalhos têm salientado a necessidade de incluir a perceção de controlo na exploração desses determinantes. Mais recentemente, vários autores propuseram modelos explicativos do nível de SO que integraram o nível de literacia em SO, mas existe ainda pouca evidência empírica que suporte esses modelos. Em Portugal, são conhecidos alguns trabalhos que exploraram algumas destas variáveis em populações específicas.

Conhecendo a importância do período da frequência universitária, neste trabalho, pretendeu-se analisar a relação entre literacia em SO, crenças, comportamentos de SO e nível de SO de estudantes universitários.

O trabalho que se segue está organizado em duas secções principais. Na primeira secção é descrito o estado de arte no que se refere à saúde geral e importância da SO, à importância da SO na saúde pública, à importância da SO na gestão da saúde, à SO em Portugal, à adaptação e vivência académica dos estudantes universitários, aos

determinantes de SO, aos comportamentos de SO, aos determinantes dos comportamentos, à literacia em saúde e à literacia em SO. A segunda seção integra a componente empírica com descrição dos objetivos e apresentação da metodologia inerente, os resultados, a discussão integrada dos resultados, incluindo as suas limitações. No final são apresentadas as principais conclusões.

2. Revisão da literatura

2.1. Saúde geral e importância da saúde oral

Nos últimos anos, a abordagem tradicional de saúde tem sido progressivamente desafiada pelo modelo biopsicossocial. Neste modelo, fatores biológicos, psicológicos e sociais influenciam a prevenção, causas, apresentação, gestão e resultados da doença, sendo que todos estes componentes interagem continuamente (Dogar, 2007). Adicionalmente, tem sido encorajada a adoção de um conceito de saúde subjetivo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades”. Esta perspectiva aponta claramente para a necessidade de considerar indicadores subjetivos para avaliar o nível de saúde das populações, como a autopercepção do estado de saúde e a qualidade de vida.

A *World Dental Federation* (FDI) apresentou em 2016 uma definição de SO, segundo a qual esta “É multifacetada e inclui, mas não se limita à capacidade de falar, sorrir, cheirar, saborear, tocar, mastigar, engolir e de transmitir um sem número de emoções através de expressões faciais com confiança e sem dor nem desconforto, bem como sem doenças do complexo craniofacial” (FDI, 2016). A SO é uma componente da saúde geral, sendo influenciada por vários fatores e traduzindo-se por isso num dos problemas de saúde pública mais desafiantes pela sua multidimensionalidade e impacto visual e social (Afonso ; Silva, 2015). Neste contexto a SO é vista como muito mais do que uma boca com ausência de cárie.

Durante vários anos a avaliação da SO foi efetuada meramente por critérios clínicos, não permitindo determinar qual o verdadeiro impacto dos problemas orais na vida dos indivíduos. Somente nos anos 90 houve a necessidade de conhecer as repercussões da SO na qualidade de vida (Lemos, 2013).

Os problemas de SO têm um impacto significativo no bem-estar físico, social e psicológico dos indivíduos. Restrições físicas e psicológicas podem influenciar diretamente a alimentação, fala, convívio social e autoestima. Quando analisada a natureza do impacto na qualidade de vida, os estudos deveriam abordar quatro dimensões: dor e desconforto; aspetos funcionais referentes à capacidade de mastigar e engolir os alimentos sem dificuldade, bem como falar e pronunciar palavras corretamente; aspetos psicológicos referentes à aparência e autoestima; e aspetos sociais referentes à interação social e comunicação com as pessoas (Lemos, 2013).

No estudo realizado por Lemos (2013), em crianças portuguesas, verificou-se que os principais impactos da condição oral na qualidade de vida relacionaram-se com as “limitações funcionais” e os “sintomas orais”.

Uma boa SO é fundamental para a saúde geral, o bem-estar e a qualidade de vida. O comprometimento de funções básicas como a mastigação, a fala e o sorriso é bastante relevante na qualidade de vida da população (OMD, 2010).

A evolução dos conceitos de saúde, SO e qualidade de vida implica que quando se fala sobre SO não se evidencie apenas a cavidade oral, mas o indivíduo e o modo como as doenças ou alterações orais, ameaçam a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida (Locker, 1988).

2.2. Importância da saúde oral para a saúde pública

As doenças orais são as mais comuns das doenças crónicas. A sua prevalência, o seu impacto nos indivíduos e na sociedade e as despesas relativas ao seu tratamento constituem um grande problema de saúde pública (Regra, 2005). A doença oral, a nível global, é a quarta patologia mais dispendiosa no que respeita ao seu tratamento. Em muitos países desenvolvidos as despesas com o tratamento de doenças orais estão ao nível ou ultrapassam os custos de outras doenças, tais como o cancro, doenças cardiovasculares e até mesmo a demência (Patel, 2012). Por este motivo, as doenças orais assumem uma elevada preocupação na Saúde Pública, até porque são passíveis de prevenção.

Os principais problemas de SO relevantes para a saúde pública são a cárie dentária, as doenças periodontais e o cancro oral (Regra, 2011).

A maioria dos adultos e 60-90% das crianças em idade escolar são afetadas pela cárie dentária causando milhões de faltas escolares anualmente e continuando a ser uma das doenças crónicas mais comuns. O cancro oral é o oitavo mais comum, apresentando o tratamento mais dispendioso. A periodontite assume-se como uma das principais responsáveis pela perda de dentes nos adultos (FDI, 2012). Nos Estados Unidos estima-se que 47,2% ou 64,7 milhões de adultos norte-americanos têm periodontite. Quando falamos de adultos com 65 anos ou mais, as taxas de prevalência sobem para os 70,1% (Eke *et al.*, 2012).

Num estudo realizado numa Unidade de Saúde Familiar no norte do país concluiu-se que em 100 doentes, 80% possuía doença periodontal (Márquez, 2014).

A maioria das doenças orais pode ser prevenida através de medidas simples e económicas envolvendo a redução da exposição a fatores de risco e o fortalecimento de comportamentos saudáveis. A prevenção da doença e promoção da SO pode ser orientada para indivíduos, comunidades ou populações (FDI, 2015).

2.3. Importância da saúde oral na gestão da saúde

A gestão dos sistemas de saúde diz respeito às ações e meios adotados por uma sociedade para se organizar na promoção e proteção da saúde da população. Por sua vez a gestão clínica é o processo pelo qual as organizações de saúde se responsabilizam pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela ressalva de padrões elevados de qualidade dos cuidados (Siddiqi *et al.*, 2009).

Ao longo da história, a abordagem usada tem sido centrada no tratamento e não na prevenção e promoção da SO. No que concerne a custos de tratamento, a doença oral é a quarta patologia mais dispendiosa de tratar (FDI, 2012). Nos países economicamente desenvolvidos esse fardo tem sido combatido através de serviços avançados de SO que oferecem principalmente tratamento aos pacientes, sobretudo no setor privado. Nos países não desenvolvidos e em desenvolvimento, o investimento em SO é baixo e os recursos são alocados majoritariamente em cuidados orais de emergência e alívio da dor (Petersen, 2008).

Os sistemas de SO devem ser direcionados para a prevenção de doenças e cuidados de saúde primários, satisfazendo as necessidades das populações desfavorecidas e pobres. Assim, deverão passar pela prevenção, diagnóstico precoce e intervenção, bem como tratamento, reabilitação e gestão dos problemas de SO de acordo com as necessidades e recursos disponíveis (Petersen, 2008). Uma prestação de cuidados de saúde adequada passa por intervenções personalizadas e não personalizadas eficazes, seguras e de qualidade a quem precisa, quando, onde e na quantidade necessária com o mínimo de desperdício de recursos (Lourenço ; Barros, 2016). Isto vai de encontro à definição de gestão da saúde.

A evidência científica mais recente mostra que a melhoria do financiamento para os cuidados de SO poderia resultar na redução dos custos gerais de cuidados de saúde (Simon, 2016).

Uma melhor SO passa também pela melhoria da literacia em SO da população, racionalização da formação de recursos humanos, disponibilização de meios adequados à formação e educação, elaboração de estratégias de retenção de

profissionais em áreas deficitárias, análise da eficácia e adequação dos diferentes modelos do mercado de trabalho (FDI, 2012).

A nível clínico, para uma melhor gestão da SO é necessário existir um planeamento conjunto de toda a equipa (médico dentista, higienista oral e protésico) e do plano de tratamento, ficando explícitos os objetivos e procedimentos a aplicar. O sistema de funcionamento dos serviços deverá garantir um melhor circuito de material, manutenção de aparelhos, efetividade e eficácia, segurança, eficiência e satisfação do doente (Siddiqi *et al.*, 2009).

A gestão da saúde assume desta forma um papel fundamental na SO no sentido em que os fatores de risco e determinantes sociais da SO são comuns a outras doenças não transmissíveis. Os profissionais de SO devem participar ativamente na melhoria da saúde geral dos doentes, bem como desempenhar um papel de liderança na educação do doente e prevenção da doença. Para assegurar a sustentabilidade da disponibilização de cuidados de SO durante as oscilações económicas devem-se assegurar responsabilidades. Deve ser dada ênfase à promoção de uma utilização proativa e inovadora da tecnologia e dos materiais dentários. A SO tem que ser encarada como uma porta de acesso para um melhor índice de saúde geral, através de uma melhor SO (FDI, 2012).

2.4. Saúde oral em Portugal

Os indicadores de SO em Portugal encontram-se muito abaixo da média europeia. Portugal é o segundo país da União Europeia (UE) com a maior percentagem de pessoas com 16 ou mais anos que relatam as necessidades não satisfeitas em cuidados de SO: 17,8%, muito acima da média da UE. No que concerne à dentição total, apenas 41% dos europeus possui dentição total, enquanto a média portuguesa fixa-se nos 32% (Special Eurobarometer, 2009).

Apesar de existirem recursos humanos disponíveis e qualificados, a barreira financeira apresenta-se como um dos principais obstáculos à satisfação das necessidades de cuidados de SO de diferentes naturezas (Lourenço ; Barros, 2016).

De acordo com os dados do Barómetro de Saúde Oral de 2017, 97,8% dos portugueses afirmam escovar os dentes com frequência. Estes valores encontram-se em linha com os obtidos em edições anteriores, realçando o aumento que se observa no uso de fio dentário (30,1%) e elixir (54.3%) (OMD, 2017).

A escovagem dos dentes é feita pela grande maioria (84,7%) duas vezes por dia, o fio dentário e o elixir são usados apenas “quando me lembro” com valores de 49,1% e 47,3%, respetivamente (OMD, 2017).

Percebendo-se que os portugueses melhoraram os hábitos de higiene oral, nomeadamente no que diz respeito à escovagem, importa entender as temáticas da falta de dentes e rotinas de visitas ao médico dentista. Verificou-se que apenas 32,4% dos portugueses têm dentição completa, o que significa que cerca de 68,0% tem falta de dentes naturais. Dos portugueses com falta de dentes somente 42,6% têm dentes de substituição (OMD, 2017).

Quanto aos hábitos de visitas ao médico dentista, 27,1% dos portugueses nunca visita o médico dentista ou só o faz em caso de urgência. Apenas 15,7% vai ao dentista duas vezes por ano. É notória a correlação entre a frequência de visitas e a falta de dentes naturais (OMD, 2017).

Quando questionados sobre a razão da última visita, em 45,7% deveu-se a visitas regulares, 20,6% a dor de dentes, 14,6% a tratamento específico de dentes, 11,1% a prótese dentária e 4,6% para extração de dentes. Dos portugueses que nunca vão ao médico dentista ou vão menos de uma vez por ano, 44,5% afirmaram não ter necessidade e 42,8% não ter dinheiro (OMD, 2017).

No que concerne às perceções de SO, 56,7% refere já ter tido dor de dentes/gengivas e 39,0% sentiu desconforto por causa de um problema de SO. Nos últimos doze meses, a dor de dentes/gengivas foi a perceção mais sentida pelos portugueses (19,4%) (OMD, 2017).

No que diz respeito à satisfação com o médico dentista, 91,8% mostra-se satisfeito. Quando existe insatisfação, os motivos remetem, principalmente, para questões de preço (46.1%) e resultados dos tratamentos (38.5%). A confiança no médico dentista (31,3%) e os preços praticados (25,6%) assumem-se como os fatores de maior importância para os portugueses (OMD, 2017).

Relativamente aos europeus, apraz referir que, os dados do Eurobarómetro de 2010 demonstram que uma minoria destes possui a totalidade dos dentes naturais, sendo que um terço utiliza prótese removível, no entanto, a grande maioria não sente nenhuma dificuldade ou constrangimento em relação aos seus dentes. Os europeus visitam um dentista regularmente, sendo que 57% visitou o dentista no último ano. Além disso, 79% prefere ir a um consultório dentário ou a uma clínica particular, enquanto 14% opta por uma clínica pública. Contrariamente ao que se verifica em Portugal, 50% dos europeus parece visitar um dentista por razões preventivas (*check-up*, exame ou limpeza). Os que

não visitam um dentista regularmente mencionam os custos elevados como a principal razão e não os problemas de acessibilidade (Special Eurobarometer, 2010).

2.5. Adaptação e vivência acadêmica dos estudantes universitários

Diversos são os países onde os estudantes universitários ocupam uma posição significativa na vida pública, sendo vistos como futuros líderes. Desta forma, os padrões de comportamento e crenças dos estudantes podem ser de particular importância (Akar ; Özmutaf ; Ozgur, 2009).

O ensino superior deve ser tido como uma fase transitória na vida dos estudantes. É marcante ao nível acadêmico, emocional, social e pessoal confrontando os estudantes com novas ideias, experiências e modelos e preparando-os desta forma para a entrada na vida adulta.

Atualmente, os estudantes do Ensino Superior caracterizam-se pela sua diferença, tanto a nível das suas trajetórias escolares e características pessoais, como das suas classificações de entrada, objetivos, motivações e expectativas quanto à frequência deste nível de ensino (Silva, 2008).

O ingresso no Ensino Superior acarreta aos jovens inúmeros desafios. Paralelamente às mudanças no desenvolvimento da adolescência e no início da vida adulta, os jovens enfrentam um série de outros desafios que implicam, a saída de casa, muitas vezes pela primeira vez, a desvinculação da família e dos amigos, o confronto com um meio desconhecido, o tornar-se autónomo, decidir quem se é e o que se quer fazer da vida (Soares *et al.*, 2006).

Portanto, a entrada no Ensino Superior pode ser encarada como um teste ao desenvolvimento, situado entre a adolescência e a vida adulta, permitindo examinar e testar novos papéis, atitudes, crenças e comportamentos. A vivência académica constitui uma experiência social única na medida em que expõe o jovem adulto a numerosos desafios, novas amizades e relacionamentos amorosos, atribui aos jovens novas responsabilidades e oportunidades, permitindo também a construção e o comprometimento com um conjunto de objetivos e projetos de vida. Todos estes acontecimentos traduzem-se num período de mudanças, em que os jovens têm de ser flexíveis no ajuste a vários contextos, no desempenho de vários papéis sociais e de diversas tarefas que caracterizam este período (Silva, 2008).

Vários trabalhos têm focado esta etapa do desenvolvimento, procurando compreender as atitudes, crenças, comportamentos e a literacia em saúde oral.

Num estudo realizado em Itália, numa amostra de 202 estudantes, 92,1% referiram escovar os dentes duas vezes por dia, sendo que a percentagem de uso do fio dentário foi de 35,1%. Apenas 40% dos estudantes tinha visitado o dentista no último ano (Rimondini *et al.*, 2001).

Numa amostra de 300 estudantes universitários turcos verificou-se que apenas 12% fazia *check-ups* dentários regulares e 11,3% relataram nunca terem ido ao dentista. Entre os que visitaram o dentista o motivo deveu-se sobretudo a dor de dentes (29%), extração dentária (16%) e controlo (15%). Neste estudo, a taxa de escovagem diária de dentes foi de 93,6% onde 52,7% relataram usar pasta dentífrica com flúor (Akar ; Özmutar ; Ozgur, 2009).

Mizutani *et al.* (2012) conduziram um estudo cujo objetivo era examinar a relação entre gengivite, comportamentos de SO e autoeficácia. Numa amostra de 2111 estudantes universitários concluiu-se que 71,5% escovava os dentes duas vezes por dia, apenas 4,8% usava fio dentário e 14,2% fazia *check-ups* regulares.

Em Portugal, alguns estudos têm sido realizados em estudantes universitários na área da SO. Albuquerque (2013) realizou um estudo com 225 estudantes de cinco cursos superiores e apurou que a maioria (65,3%) escova os dentes duas vezes por dia, onde somente 16,4% utiliza o fio dentário diariamente. Dos participantes neste estudo, 64,4% afirma que vai ao dentista regularmente para consultas de controlo. A maioria dos estudantes (52%) considera a sua SO “boa” e 12,4% têm a perceção de que é “muito boa”.

Num estudo transversal, cujo objetivo era comparar as atitudes e os comportamentos de SO entre estudantes de medicina dentária portugueses e holandeses verificou-se que 59,1% da amostra portuguesa escovava os dentes mais do que três vezes por dia, enquanto na amostra holandesa (89,3%) o fazia duas vezes por dia. Os estudantes portugueses usavam maioritariamente (71,4%) o fio dentário como coadjuvante da higiene oral, contrariamente, a maioria da amostra holandesa (53,4%) não usava (Dias, 2015).

No mesmo estudo, os estudantes holandeses mostraram ingerir alimentos ou bebidas açucaradas todos os dias (70,8%), enquanto a amostra portuguesa (53,7%) consumia “às vezes”. No que diz respeito a consultas de medicina dentária nos últimos seis meses, na amostra portuguesa 38,4% afirma tê-lo feito, já a percentagem de estudantes holandeses a fazê-lo foi de 58,7%.

Quanto à percepção de SO, 42,4% dos portugueses e 47,3% dos holandeses mencionaram ser “muito boa” (Dias, 2015).

Num estudo mais recente, tendo como amostra 116 estudantes do primeiro ano da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, Fortes *et al.* (2016) constataram que a grande maioria (87,7%) efetuava a escovagem duas vezes por dia. Relativamente à visita ao médico dentista, 76,7% referiram realizar consultas regularmente, mesmo sem queixas e 86,1% fê-lo por rotina.

2.6. Determinantes da saúde oral

As doenças orais são doenças de etiologia multifatorial, com fatores concorrentes de natureza cultural, social, biológica e ambiental, tornando-se de difícil análise e avaliação (Sheiham, 2005).

A evidência científica demonstrou que os fatores sociais, económicos e ambientais têm um impacto relevante na SO. Coletivamente, esses fatores são designados de determinantes sociais da saúde (Yevlahova ; Satur, 2009). Na maioria dos estudos, a pesquisa pelos determinantes sociais da SO consiste no levantamento de dados relativos à classe social, nível educacional, renda, estilo de vida, atitudes de SO e doença e posteriormente à relação das variáveis com o estado de SO (Newton ; Bower, 2005).

De forma mais abrangente, têm-se considerado determinantes da SO os aspetos sociodemográficos, a escovagem, a utilização do fio dentário, a aplicação tópica de flúor, as consultas de medicina dentária, a aplicação de selantes de fissura e o consumo de alimentos cariogénicos (Dias, 2015).

A cárie dentária e as doenças periodontais têm sido ao longo da história as doenças orais com maior prevalência a nível mundial, atingindo a totalidade da população, independentemente da raça, género, idade ou condição social (WHO, 2003).

A cárie dentária apresenta uma etiologia multifatorial. Vários fatores são necessários para desencadear a doença, nomeadamente os essenciais – primários (somente se todos estiverem presentes se inicia e desenvolve a doença) e os modificadores – secundários (influenciam mais ou menos significativamente a evolução das lesões de cárie) (Dental Health Foundation, sd).

Os fatores primários dizem respeito ao dente (hospedeiro), aos microrganismos (agente) e ao ambiente (substrato). Por sua vez, os fatores secundários correspondem

à higiene oral, à exposição ao flúor, ao estado de saúde geral, aos fatores socioeconômicos, à predisposição genética e aos cuidados de saúde dentária (Dental Health Foundation, sd).

Apesar de não ser um fator essencial à ocorrência de cárie, a saliva desempenha um papel muito importante na patogênese da doença, ao condicionar a expressão clínica das lesões através de vários mecanismos (ação de limpeza, eliminação do substrato, capacidade tampão e ação antibacteriana) (Dental Health Foundation, sd).

A manifestação precoce do processo de cárie dentária inicia-se com um pequeno pedaço de esmalte desmineralizado na superfície do dente, muitas vezes escondido nas fissuras dos dentes ou entre os dentes. Com o aumento da destruição do esmalte, a lesão propaga-se até à dentina. O esmalte enfraquecido colapsa, formando uma cavidade (Dental Health Foundation, sd).

O processo de desmineralização deve-se à ação de ácidos na superfície do esmalte aquando a ingestão de açúcares. Assim, a frequência da ingestão de alimentos cariogénicos (ricos em açúcares refinados e hidratos de carbono), bem como o tempo de permanência na cavidade oral, são fatores que propiciam o desenvolvimento de cárie dentária (Dental Health Foundation, sd).

A doença periodontal é uma condição inflamatória patológica da gengiva e do suporte ósseo do dente. As doenças periodontais mais comuns são a gengivite (lesão reversível quando cumpridos comportamentos simples e eficazes de higiene oral) e a periodontite (patologia irreversível e cumulativa que pode conduzir à perda total da dentição) (Dental Health Foundation, sd).

A gengivite caracteriza-se por vermelhidão das gengivas, inchaço e hemorragia aquando a escovagem. Quando a doença periodontal afeta a estrutura óssea e o tecido de suporte é denominada por periodontite e é caracterizada pela formação de bolsas ou espaços entre o dente e a gengiva (Dental Health Foundation, sd).

Ambas as doenças periodontais resultam de um processo multifatorial, sendo causadas por microrganismos. A sua origem pode ser inflamatória, traumática, genética ou metabólica (Dental Health Foundation, sd).

As condições de SO na sua maioria são evitáveis e os dados indicam que as abordagens preventivas são muitas vezes ineficazes, factos que corroboram a ideia de que as causas das doenças orais são baseadas nos determinantes sociais da saúde e nas circunstâncias culturais e sociais em que os indivíduos vivem (Yevlahova ; Satur, 2009).

Os estilos de vida assumem-se como a causa e a solução para os problemas de saúde e particularmente para os problemas de SO. A idade, género e condições hereditárias são fatores intrínsecos que não podem ser alterados ou modificados. Comportamentos e estilos de vida são considerados fatores de risco modificáveis, uma vez que, a ação individual e a modificação dos mesmos é possível (FDI, 2015).

2.7. Comportamentos relacionados com a saúde oral

Os comportamentos de saúde são definidos como sendo o conjunto de atividades desenvolvidas pelas pessoas, com o objetivo de proteger, promover ou manter a saúde e prevenir o aparecimento de doenças. Conhecimentos, crenças, valores, atitudes, habilidades e matérias, estatuto socioeconómico, tempo, influência de familiares, amigos, colegas, líderes de opinião e profissionais de saúde são os principais fatores que influenciam os comportamentos (Rua, 2014).

Os comportamentos são o determinante mais modificável da SO e por isso têm sido particularmente estudados. Fatores de natureza comportamental, como a escovagem regular, a utilização do fio dentário, a alimentação equilibrada, o não consumo de tabaco e álcool e as consultas regulares no médico dentista diminuem significativamente o risco de cárie dentária (Dias, 2015).

A **escovagem** dos dentes constitui o principal meio mecânico de controlo de placa bacteriana. Esta deve ser realizada pelo menos duas vezes ao dia, após as refeições e incluir a lavagem das gengivas e língua com pastas dentífricas com flúor. O fio dentário deverá completar a higiene oral, removendo os restos de alimentos e de placa bacteriana nas superfícies interdentárias onde a escova não chega ou não é eficaz (Al-Hussaini *et al.*, 2003 ; Pereira *et al.*, 2013).

A **alimentação** equilibrada consiste sobretudo em evitar o consumo frequente de alimentos e bebidas açucaradas, especialmente no período entre as principais refeições (Al-Hussaini *et al.*, 2003 ; Pereira *et al.*, 2013). Os microrganismos da flora oral indígena aderem à superfície dentária criando um biofilme complexo determinado placa bacteriana. Com a ingestão crónica e prolongada de alimentos e/ou bebidas açucaradas a placa bacteriana será alimentada e conseqüentemente haverá estimulação do crescimento de microrganismos na cavidade oral, especialmente os *Streptococcus mutans*. Esta espécie, quando se encontra num ambiente favorável ao seu crescimento, produz ácidos orgânicos e como é capaz de se aderir diretamente à matriz da hidroxiapatite (HA) reduz o pH abaixo do valor crítico de desmineralização da HA (pH

5,5) iniciando desta forma a cárie dentária (Miravet ; Company ; Silla, 2007). A ingestão de açúcares é a principal causa de cárie dentária em crianças e adultos (FDI, 2015).

As **visitas regulares ao médico dentista** devem ocorrer a cada 6 meses, uma vez que é nesse período de tempo que se permite a detecção precoce da cárie dentária e dessa forma o provimento de orientações específicas acerca de determinados procedimentos, nomeadamente técnicas de escovagem e utilização correta de flúor (Pereira *et al.*, 2013). De acordo com o Barómetro de Saúde Oral de 2017 é notória a correlação entre a frequência de visitas e a falta de dentes naturais (OMD, 2017).

O **tabaco** aumenta o risco de cancro oral, doença periodontal, perda prematura de dentes, gengivite, manchas, halitose e perda de sabor e cheiro. Está implicado em 50% dos casos de doença periodontal. No século XX, o consumo de tabaco originou 100 milhões de mortes em todo o mundo, no entanto, espera-se que este número aumente para 1 bilião no século XXI (FDI, 2015).

O **consumo de álcool**, sozinho ou em associação com o tabaco é um importante fator de risco para o cancro oral, laringe, faringe e esófago, estando associado a outras doenças orais como a doença periodontal e ainda a deformações no feto durante a gravidez. O uso de álcool aumenta o risco de lesões faciais e fraturas dentárias por quedas, acidentes de trânsito ou violência. Paralelamente, as bebidas alcoólicas são ácidas e ricas em açúcar. O consumo de álcool e tabaco em simultâneo aumenta o risco de cancro oral em 15 vezes (FDI, 2015).

2.8. Determinantes dos comportamentos

Os comportamentos de SO estão inevitavelmente ligados aos comportamentos diários dos indivíduos. O modelo biomédico da doença é frequentemente utilizado para eliminar as causas das doenças através de abordagens preventivas e educacionais. Este modelo defende que os indivíduos quando adquirem conhecimentos e habilidades relevantes mudam os comportamentos para que mantenham a SO ideal (Yevlahova ; Satur, 2009). Contudo, as abordagens contemporâneas assumem que a educação dos pacientes tem por objetivo geral fornecer-lhes a informação de que necessitam para fazer escolhas de estilo de vida e opções informadas para os vários serviços. O avanço na educação para a saúde começou a discutir a importância dos indivíduos participarem na sua própria saúde (Shwetha *et al.*, 2015).

Os comportamentos humanos desempenham um papel relevante em muitas das principais causas de morte a nível mundial. Compreender os comportamentos e os

contextos em que ocorrem é crucial para o desenvolvimento de intervenções políticas efetivas para as mudanças de comportamentos. Para que as intervenções sejam eficazes é necessário compreender o comportamento e a mudança de comportamento, ou seja, é necessário ter uma compreensão teórica da mudança de comportamento (Davis *et al.*, 2015).

Os modelos de comportamento de saúde foram desenvolvidos para ajudar a entender e melhorar a adesão do paciente a comportamentos relacionados com a saúde. Fornecem uma estrutura que permite entender os processos de mudança e a influência das circunstâncias sociais na mudança de comportamentos (Yevlahova ; Satur, 2009).

As teorias mais frequentemente utilizadas no âmbito da SO são o Modelo de Crenças de Saúde, *Locus* de Controlo da Saúde, Autoeficácia e Teoria do Comportamento Planeado (Hollister ; Anema, 2004). Todas estas teorias consideram que as atitudes e as crenças do indivíduo são os principais determinantes do comportamento (Renz *et al.*, 2007).

O **Modelo de Crenças de Saúde** foi proposto em 1950 por Hockbaum e foi uma das primeiras tentativas de ver a saúde dentro de um contexto social, posteriormente este modelo foi revisto por Rosenstock e seus colaboradores (1966) (Hollister ; Anema, 2004). De acordo com este modelo, a adoção de um comportamento de saúde é influenciada pela perceção de suscetibilidade, perceção de gravidade, perceção de custos e benefícios e pistas para a ação. Desta forma, será mais provável que um indivíduo adote um comportamento se considerar que é vulnerável, que a condição é séria, que o comportamento irá reduzir a sua vulnerabilidade ou a gravidade da condição, que os benefícios da ação ultrapassam os custos e se as influencias do ambiente encorajarem a mudança (Borrvalho, 2014).

No caso dos comportamentos de SO, o modelo de crenças de saúde teoriza que os indivíduos terão maior probabilidade de aplicar um comportamento de higiene oral adequado se estes acreditarem ser suscetíveis de doenças orais, tiverem conhecimento da sua severidade, perceberem que as barreiras às práticas de hábitos de higiene oral são menores e que os benefícios maiores e também se receberem uma recomendação por parte do profissional de saúde (Anagnodtopoulos *et al.*, 2011).

Quando aplicada esta teoria a uma condição de SO, como a cárie de primeira infância, o cuidador deve acreditar que a criança é suscetível a cárie dentária; que os dentes iniciais são importantes e que a cárie é uma séria ameaça; que a cárie pode ser prevenida; que não deve estar exposta a carboidratos fermentáveis; e deve auxiliar a criança a ter uma boa higiene oral (Hollister ; Anema, 2004).

Estudos transversais encontraram associações fortes entre bons níveis de SO e o modelo de crenças de saúde (Shwetha *et al.*, 2015).

A **Teoria da ação planejada** enfatiza a importância das atitudes e intenções na mudança de comportamento. De acordo com esta teoria, a intenção é o determinante mais próximo do comportamento (Hollister ; Anema, 2004). As intenções comportamentais são moldadas pela atitude em relação ao comportamento, que é determinada pela crença de que o envolvimento no comportamento conduzirá a determinados resultados; norma subjetiva, que reflete a motivação para cumprir os pontos de vista de outras pessoas quanto ao comportamento em questão; e a percepção de controle comportamental, que se refere à expectativa de sucesso na realização do comportamento de saúde (Straub, 2014).

As pessoas tomam decisões racionais com base nos seus conhecimentos, valores pessoais e atitudes. Neste sentido, a intenção de uma pessoa realizar uma determinada ação é o ponto de partida mais imediato e relevante para que tal aconteça. Esta teoria parece ser melhor sucedida em comportamentos que estão completamente dentro do controle do indivíduo como é o caso das práticas diárias de higiene oral (Shwetha *et al.*, 2015).

A **Teoria do Locus de Controle** foi desenvolvida na década de 1970 por Wallston e Kaplan e trata a percepção do controle pessoal sobre os problemas de saúde (Hollister ; Anema, 2004). Esta teoria era descrita por dois tipos distintos de personalidade: “interna” e “externa”. Um indivíduo com o *Locus* de Controle Interno acredita que as suas ações pessoais determinam o seu estado de saúde. Por outro lado, indivíduos com *Locus* de Controle Externo entendem que os acontecimentos não têm relação com as suas ações, outros têm controle nas decisões de saúde (Araújo, 2002). Estudos realizados demonstraram que crianças cujas mães tinham um nível elevado de *Locus* de Controle externo tinham um maior risco de desenvolver cáries dentárias. (Hollister ; Anema, 2004).

Um outro modelo que explica os comportamentos é a **Teoria socio-cognitiva**. Esta teoria afirma que o comportamento resulta das expectativas dos indivíduos sobre as consequências da ação (expectativas de resultados), das habilidades para executar a ação (autoeficácia) e das crenças de que a ação obterá o resultado desejado (eficácia da resposta) (Buglar ; White ; Robinson, 2010).

A teoria socio-cognitiva distingue os determinantes, o mecanismo pelo qual eles funcionam e as formas de traduzir esse conhecimento em práticas de saúde eficazes. Como principais determinantes destacam-se o conhecimento dos riscos para a saúde,

os benefícios, a autoeficácia, as expectativas de resultados, os objetivos de saúde que os indivíduos estabelecem para si, os planos e estratégias para realizá-los, os facilitadores, os impedimentos sociais e estruturais para as mudanças que procuram (Bandura, 2004).

O conhecimento de riscos e benefícios para a saúde cria a condição necessária para que haja mudança. As auto influências ajudam a que os indivíduos vençam os impedimentos para adotar novos hábitos e estilos de vida e assim, mantê-los. As crenças, por sua vez desempenham um papel central na mudança de comportamentos (Bandura, 2004).

Vários autores têm salientado o papel da autoeficácia na SO, salientando que a mudança nos comportamentos e nível de SO implica integrar fatores comportamentais nas intervenções preventivas, como a autoeficácia, para além da educação para a saúde tradicional (Adair *et al.*, 2004 ; O'Malley *et al.*, 2017).

A aplicação destes modelos à SO tem apoiado o efeito de pelo menos algumas das variáveis contempladas pelos modelos (Shwetha *et al.*, 2015), mas tem igualmente sugerido que as várias teorias disponíveis são insuficientes para explicar o que leva os indivíduos a certos tipos de comportamento de SO, uma vez que o valor preditivo destes modelos é baixo (Hollister ; Anema, 2004).

2.8.1. Crenças e atitudes em saúde oral

Muitos trabalhos de investigação têm procurado estudar as crenças e atitudes relacionadas com a SO, enquanto preditores dos comportamentos de SO. Num estudo realizado em 2006 cujo objetivo era investigar as crenças em SO de uma população jovem, verificou-se que indivíduos que mantinham crenças dentárias favoráveis desde a adolescência até à idade adulta tiveram menos cáries dentárias e doença periodontal, melhor higiene oral e melhor percepção de SO. As crenças dentárias podem mudar na transição entre a adolescência e a idade adulta e como tal isso influencia a SO (Broadbent ; Thomson ; Poulton, 2006).

Numa amostra aleatória de 506 jovens suecos de 19 anos cujo objetivo era analisar as percepções, atitudes e comportamentos de SO concluiu-se que os jovens com elevados níveis de placa bacteriana e gengivite apresentam percepções, atitudes e comportamentos mais desfavoráveis de SO (Ericsson *et al.*, 2012).

Num outro estudo composto por uma amostra de adolescentes e adultos mexicano-americanos procurou-se identificar as barreiras e crenças que influenciavam os

comportamentos de SO. A maioria dos indivíduos acreditava na importância da escovagem e uso do fio dentário, bem como na importância do uso de pasta de dentes fluoretada. A não utilização do fio dentário devia-se sobretudo ao facto de não saberem a técnica adequada de utilização. A principal barreira à melhoria da SO é a falta de incentivos de mudanças de estilos de vida. Não houve diferenças nas crenças dentárias entre adolescentes e adultos (Aguirre-Zero *et al.*, 2016).

Kasmaei *et al.* (2014) concluíram que a percepção de gravidade e a percepção de barreiras psicológicas foram os fatores mais importantes para predizer a escovagem em adolescentes jovens. Verificaram ainda que o aumento da percepção de gravidade aumenta a possibilidade de um comportamento desejável em cerca de três vezes e que a percepção de autoeficácia foi significativamente associada à correta escovagem diária.

Os resultados do estudo de Anagnostopoulos *et al.* (2011) dão suporte à noção de que as crenças sobre a escovagem têm uma estrutura multidimensional, envolvendo percepções de suscetibilidade, severidade, barreiras, benefícios e autoeficácia. Neste estudo, as crenças de autoeficácia emergiram como preditores significativos da escovagem. Ou seja, maior autoeficácia na higiene oral está associada a melhores resultados de higiene oral.

Em 2010, Buglar, White, Robinson desenvolveram um estudo cujo objetivo era examinar a tendência decrescente da SO dos pacientes australianos. Para entender as crenças subjacentes à escovagem e ao uso de fio dentário foi utilizado o modelo de crenças da saúde. A percepção de barreiras foi o único apoio do modelo para predizer a escovagem e o uso de fio dentário. A autoeficácia também surgiu como um preditor significativo de ambos os comportamentos.

2.8.2. Autoeficácia

Os modelos da cognição social destacam a importância da percepção de controlo e particularmente da autoeficácia para explicar a adoção e mudança de comportamentos de saúde.

Autoeficácia é a confiança que um indivíduo tem em fazer ações para produzir certos resultados. Na prática clínica, refere-se à capacidade que um paciente tem de tomar medidas necessárias para melhorar os indicadores e a manutenção da sua saúde (Kakudate *et al.*, 2010).

Indivíduos com uma elevada autoeficácia acreditam que as suas ações afetam diretamente os resultados. Estes, aquando as suas ações, podem não ter intenção de

mudar um comportamento, mas depois de experimentarem o sucesso das suas ações, os comportamentos, o conhecimento e os ambientes mudam (Hollister ; Anema, 2004).

A autoeficácia assume-se como um determinante fundamental, na medida em que afeta os comportamentos de saúde de forma direta e exerce influência noutros determinantes. As crenças de autoeficácia influenciam metas e aspirações e por isso quanto mais forte for a autoeficácia, maiores serão as metas que os indivíduos estabelecem e mais firme será o seu compromisso com elas. As crenças de autoeficácia moldam ainda os resultados e por isso, indivíduos com alta autoeficácia esperam obter resultados favoráveis. Também a forma como os obstáculos são vistos são determinados pelas crenças de autoeficácia, indivíduos com alta autoeficácia veem estes obstáculos como superáveis pela melhoria das habilidades de autogestão e esforço (Bandura, 2004).

A autoeficácia pode ser obtida por vários meios. O método mais poderoso é a obtenção de habilidades ou a experiência de sucesso, a aprendizagem vicariante e a persuasão verbal constituem outros métodos (Bandura, 2004).

É possível distinguir dois níveis de autoeficácia: a autoeficácia geral que se reflete na tendência geral de um indivíduo e a autoeficácia específica de tarefa que se traduz na eficácia de um indivíduo em relação a uma determinada tarefa (Mizutani *et al.*, 2012).

Em estudos transversais e longitudinais, a autoeficácia tem sido um preditor de SO. Esta teoria demonstrou ser consistente com as melhorias de higiene oral ao longo do tempo (Hollister ; Anema, 2004).

Indivíduos com uma maior autoeficácia exibem melhores comportamentos de autocuidado e uma melhor saúde periodontal relativamente àqueles com uma baixa autoeficácia. Na área da SO foram relatadas correlações entre a autoeficácia e a frequência de escovagem, uso de fio dentário e visitas ao dentista (Mizutani *et al.*, 2012).

Numa amostra de 968 jovens noruegueses constatou-se que uma menor autoeficácia geral estava associada a múltiplos medos dentários (Skaret ; Kvale ; Raadal, 2003).

O estudo de Mizutani *et al.*, (2012) concluiu que estudantes com alta autoeficácia apresentaram melhores comportamentos de SO. Os autores concluíram ainda que estudantes com alta autoeficácia têm uma atitude mais positiva relativamente às visitas ao médico dentista e a autoeficácia tem efeitos diretos e indiretos nos comportamentos de SO.

Num outro estudo, em 2011, verificou-se que, indivíduos do género feminino apresentavam maior autoeficácia para a SO do que os do género masculino. As mulheres demonstraram confiança no estado de saúde dos seus dentes e acreditavam

que tinham um conhecimento substancial acerca da SO (Soutome ; Kajiwara ; Oho, 2011).

Na Austrália, Silva-Sanigorski *et al.* (2013), procuraram compreender a influência de fatores psicossociais na SO, examinando como a autoeficácia dos pais e o seu conhecimento sobre SO se relacionavam com os comportamentos de SO dos filhos. Verificaram que uma maior autoeficácia dos pais está associada a uma escovagem mais frequente (pais e filhos) e visitas mais frequentes ao dentista.

Num outro estudo, os autores concluíram que indivíduos com maiores níveis de autoeficácia e maior percepção da gravidade das doenças orais estão relacionados com um aumento da escovagem e consequentemente a um melhor estado de SO (Anagnostopoulos *et al.*, 2011).

Woelber *et al.* (2015), num estudo com 126 pacientes, concluíram que a autoeficácia relacionada com a higiene oral é um fator influente no comportamento de higiene oral e tem o potencial de prever comportamentos relacionados com a higiene oral. Neste estudo, as mulheres apresentaram níveis significativamente superiores de autoeficácia comparativamente aos homens.

2.8.2.1. Avaliação da autoeficácia. Muitos dos trabalhos que avaliaram o efeito da autoeficácia na SO utilizaram instrumentos de avaliação da autoeficácia geral. Para a avaliação da autoeficácia relacionada com a SO foram desenvolvidos alguns instrumentos ao longo dos anos, nomeadamente a escala de autoeficácia para o autocuidado (SESS), a escala de autoeficácia específica para o comportamento de SO (SEOH) e o questionário de autoeficácia de higiene oral modificado (OHSE).

A SESS desenvolvida para pacientes com doença periodontal consiste em 15 itens divididos em três subescalas: autoeficácia para consultas de medicina dentária (5 itens), autoeficácia para a escovagem (5 itens) e autoeficácia dos hábitos alimentares (5 itens). As respostas são respondidas numa escala de *likert* de 5 pontos variando entre o “nada confiante” e o “completamente confiante”. A escala revelou uma boa consistência interna (α de Cronbach = 0,86), bem como as suas subescalas com alfas de Cronbach de 0,90, 0,86 e 0,76 para SE-DC, SE-B e SE-DH, respetivamente (Kakudate *et al.*, 2007).

A SEOH é constituída por quatro subescalas que medem a autoeficácia nos comportamentos de escovagem, hábitos de vida diária, controlo psicológico e exames dentários. As respostas são respondidas numa escala de *likert* de 5 pontos variando

entre o “nada confiante” e o “completamente confiante” (Soutome ; Kajiwarara ; Oho, 2009).

A escala desenvolvida por Syrjälä *et al.* (1999) desenvolvido inicialmente para indivíduos com diabetes. É constituída por 19 itens divididos em três subescalas: 6 itens relacionados com a autoeficácia para a escovagem, 6 com a autoeficácia para a higienização e 7 com a autoeficácia para as visitas ao médico dentista. As respostas às afirmações são através de uma escala de *likert* de 4 pontos em que 1 corresponde a “nada confiante” e 4 “completamente confiante (Syrjälä ; Knecht ; Knuuttila, 1999).

O OHSE baseado no questionário de Syrjälä *et al.* (2001) onde as questões relacionadas com diabetes foram excluídas e as questões duplas foram divididas em duas. É constituído por três subescalas: autoeficácia de escovagem (6 itens), autoeficácia de higienização interdental (6 itens) e autoeficácia de visita ao médico dentista (7 itens). As respostas às afirmações são através de uma escala de *likert* de 4 pontos em que 1 corresponde a “nada confiante” e 4 a “completamente confiante” (Woelber *et al.*, 2015).

2.9. Literacia em saúde

No final do século passado, a literacia era denominada por um conjunto de habilidades desenvolvidas nos primeiros anos escolares. Posteriormente passou a ser considerada como um conjunto avançado de capacidades, conhecimentos e estratégias que os indivíduos constroem durante as suas vidas, nos mais diversos contextos, interações com desafios, famílias e comunidades onde pertencem (Assunção, 2015).

O conceito de literacia em saúde surgiu em 1974 ligado a questões de promoção de saúde, sendo que somente no final da década de 90 surgem as primeiras definições do conceito. Hoje em dia, a literacia em saúde assume-se como uma ferramenta fundamental para que os indivíduos consigam deslocar-se nos sistemas de saúde (Pedro ; Amaral ; Escoval, 2016).

Por literacia em saúde entende-se “a capacidade para tomar decisões fundamentadas, no decurso da vida do dia-a-dia, em casa, na comunidade, no local de trabalho, na utilização de serviços de saúde, no mercado e no contexto político. É uma estratégia de capacitação para aumentar o controlo das pessoas sobre a sua saúde, a capacidade para procurar informação e para assumir as responsabilidades” (Kickbusch *et al.*, 2005).

A literacia em saúde condiciona a forma como cada indivíduo toma decisões acertadas sobre a saúde, tendo por isso impacto na sua qualidade de vida e na qualidade de vida

daqueles que o rodeiam (Espanha ; Ávila ; Mendes, 2016). Atualmente assume um papel relevante devido às implicações nas despesas de saúde e nos custos e formas de organização dos sistemas de saúde nacionais. É ainda reconhecida como um importante determinante de saúde (Horowitz ; Kleinman, 2008).

Indivíduos com baixa literacia em saúde apresentam uma menor probabilidade de compreender informação escrita e oral fornecida pelos técnicos de saúde, de navegar pelo sistema de saúde para obter os serviços necessários, de realizar os procedimentos necessários e de seguir as indicações prescritas (Rustvold, 2012). A baixa literacia tem uma relação direta com o aumento da incidência de doenças crónicas e por isso diminui a qualidade de vida dos indivíduos (Rustvold, 2012).

A literacia pode assumir 3 tipos ou níveis: literacia funcional/básica, literacia interativa/comunicativa e literacia crítica. A literacia funcional/básica caracteriza-se pela presença no indivíduo de competências suficientes para ler e escrever, permitindo uma ação efetiva nas atividades do dia-a-dia. A literacia interativa/comunicativa caracteriza-se pela presença de competências cognitivas e de literacia mais avançadas que permitem a obtenção de informação e significados a partir de diferentes formas de comunicação e posterior aplicação dessa informação. A literacia crítica tem inerente competências cognitivas mais avançadas, juntamente com as capacidades sociais, que podem ser usadas para analisar criticamente a informação e usar a informação para exercer maior controlo sobre as situações da vida (Pedro ; Amaral ; Escoval, 2016).

A literacia envolve uma série de fatores sociais e individuais, e inclui conhecimento cultural e conceitual, escuta, fala, aritmética, escrita e habilidades de leitura (Nielsen-Bohlman ; Institute of Medicine, 2004). A literacia em saúde de um indivíduo pode ser significativamente menor que a literacia geral do mesmo (Rustvold, 2012).

O inquérito sobre literacia em saúde realizado em Portugal teve como principal objetivo conhecer os níveis de literacia em saúde no país, identificar as principais limitações, problemas e entraves neste campo da população portuguesa. Portugal apresenta 11% da população com um nível de literacia “inadequado” e cerca de 38% com um nível “problemático”. No que concerne à literacia nos cuidados de saúde, Portugal apresenta 45,4% com uma literacia limitada (Espanha ; Ávila ; Mendes, 2016).

No mesmo estudo é possível concluir que existe uma correlação positiva entre literacia em saúde e práticas diárias de literacia (nomeadamente leitura a partir de vários materiais ou uso de tecnologias de informação e comunicação). Quanto mais jovens são os inquiridos e quanto maior o nível de escolaridade, maior o nível de literacia em saúde (Espanha ; Ávila ; Mendes, 2016).

Uma amostra de 1004 portugueses com idades superiores a 16 anos participou num estudo para aferir o nível de literacia da população portuguesa. Concluiu-se que 61% da população apresenta um nível de literacia geral em saúde problemático ou inadequado. Apenas 44,2% apresenta um nível suficiente ou excelente de literacia no que diz respeito à dimensão dos cuidados de saúde e 45% no que respeita à prevenção da doença. Mais de metade (60,2%) da população apresenta um nível de literacia em saúde problemático ou inadequado no que diz respeito à promoção de saúde (Pedro ; Amaral ; Escoval, 2016).

2.9.1. Modelos conceituais da literacia em saúde

A maioria dos modelos conceituais não considera apenas os principais componentes da literacia em saúde, mas também identifica os fatores individuais e do sistema que influenciam o nível de literacia em saúde, bem como os caminhos que ligam a literacia em saúde com os resultados de saúde (Sørensen *et al.*, 2012)

O modelo proposto por Paasche-Orlow ; Wolf (2007) compreende a dimensão da escuta, da fluência verbal, da capacidade de memória e a navegação. Os autores defendem que a literacia em saúde influencia três fatores principais que posteriormente têm impacto nos resultados de saúde: o **acesso e a utilização de cuidados de saúde**, que são influenciados por habilidades de navegação, autoeficácia e barreiras percebidas; as **interações paciente/profissional**, que influenciam o conhecimento, as crenças e a participação na tomada de decisão; e os **autocuidados** (influenciados pela motivação, a resolução de problemas, a eficácia e o conhecimento).

Sørensen *et al.* (2012), propuseram um modelo integrado de literacia em saúde que abrange as principais dimensões dos modelos conceituais já existentes. O modelo combina as qualidades de um modelo conceitual onde descreve as principais dimensões da literacia em saúde e de um modelo lógico que mostra os fatores proximais e distais que influenciam a literacia em saúde. Especificamente, o modelo proposto por Sørensen *et al.* identifica 12 dimensões da literacia em saúde, referentes ao acesso, compreensão, avaliação e aplicação de informações de saúde nos domínios da saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde.

Este modelo conceitual integra três domínios muito importantes da saúde – cuidados de saúde, promoção da saúde e prevenção da doença e quatro níveis de processamento da informação – acesso, compreensão, avaliação, e utilização – essenciais à tomada de decisão. O interface do campo da saúde com a literacia em saúde acontece ao nível dos três domínios descritos podendo ser feita a leitura dos indicadores que se referem

à utilização dos serviços de saúde, comportamentos em saúde e participação (Sørensen *et al.*, 2012).

O quadro conceitual associado a estes domínios representa a evolução de uma perspetiva centrada no indivíduo para uma outra focada na população. Ao colocar o enfoque fora do contexto dos cuidados de saúde, a prevenção ganha mais importância e reduz-se a pressão dos sistemas de saúde. O modelo também mostra os principais antecedentes e consequências da literacia em saúde, com a distinção entre os fatores distais e proximais (Sørensen *et al.*, 2012).

2.9.2. Instrumentos de avaliação da literacia em saúde

Na década de 90 surgiram os primeiros instrumentos para quantificar a literacia em saúde. Duas das avaliações mais utilizadas são *Test of Functional Health Literacy in Adults* (TOFHLA) que mede a compreensão de leitura e as habilidades de cálculo e a sua versão reduzida S-THOFLA, e o *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* (REALM) que avalia o reconhecimento de palavras e as habilidades de pronúncia. Uma vez que estes instrumentos foram desenvolvidos para utilização em contexto clínico, não são apropriados para outros contextos de saúde. Apresentam, portanto, uma baixa fiabilidade para avaliação de literacia em SO de grupos populacionais (Assunção, 2015).

Em 2005, surgiu um outro instrumento de avaliação da literacia em saúde, o *Newest Vital Sign* (NVS). A partir de um rótulo nutricional de um gelado são efetuadas seis questões que avaliam o nível de literacia e numeracia do indivíduo. Este instrumento encontra-se traduzido e validado para português (Assunção, 2015).

Recentemente, em 2013, foi desenvolvido o *Health Literacy Questionnaire* (HLQ) concebido para detetar uma vasta gama de componentes de literacia em saúde em contextos comunitários, nomeadamente a capacidade do indivíduo entender, envolver-se e usar informação de saúde e serviços de saúde (Dickson-Swift *et al.*, 2014).

Nos últimos anos concluiu-se que a literacia em saúde é um conceito multidimensional dificultando, desta forma, o desenvolvimento de uma escala única que seja capaz de medir todas as dimensões da literacia em saúde. Dimensões como o nível funcional, o nível crítico, a atitude, a consciência e o conhecimento processual devem ser incorporados na literacia em saúde para que seja possível o desenvolvimento de uma escala extensiva. Até à data, tal instrumento não existe, mas a pesquisa encontra-se em curso (Hongal *et al.*, 2013).

2.10. Literacia em saúde oral

A literacia em saúde é vista dentro do âmbito geral da literacia e neste sentido a literacia em SO é um subconjunto da literacia em saúde geral. A literacia em SO é compreendida como o grau em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e compreender informações e serviços básicos de saúde essenciais para tomar decisões de SO (Rustvold, 2012).

O rápido crescimento da tecnologia de informação e do conhecimento científico na área da SO exigem que o público compreenda cada vez mais as doenças orais para que possa tomar decisões sobre as mesmas (Jones ; Lee ; Rozier, 2007). O conhecimento em SO inclui a compreensão dos efeitos combinados das bactérias orais normais, carboidratos fermentáveis da dieta, práticas diárias de cuidados de SO (escovagem e fio dentário), efeitos do álcool e tabaco e outras drogas e a importância da visita regular ao dentista ou higienista oral para prevenção, despiste precoce e tratamento de patologias (Rustvold, 2012).

Para Hongal *et al.* (2013) a literacia em SO é vista como uma interação entre cultura e sociedade, sistema de saúde, sistema educacional, linguagem e SO, indicando tornar-se um novo determinante de SO e nesse sentido deve ser mais aprofundada.

De acordo com o *Institute of Medicine* (2013), a baixa literacia em SO cria obstáculos no reconhecimento do risco de doenças orais, assim como na procura e aceitação de assistência dentária (Burgette *et al.*, 2015). Tal como acontece com a saúde em geral, adquirir e manter a SO requer que o indivíduo possa entender, interpretar e agir sobre os vários tipos de informação acerca da saúde (Jones ; Lee ; Rozier, 2007).

A literacia em SO está dividida em três níveis distintos: funcional, interativo e crítico. O nível funcional caracteriza-se pelas habilidades básicas de leitura e escrita necessárias para o funcionamento eficaz em contexto de SO; o nível interativo caracteriza-se pela alfabetização cognitiva e competências sociais mais avançadas que permitem uma participação ativa nos cuidados de saúde; e o nível crítico caracteriza-se pela capacidade de analisar criticamente e usar a informação para participar em ações que superem as barreiras estruturais à saúde (Hongal *et al.*, 2013).

O modelo explicativo de SO proposto por Macek *et al.*, (2010) separa a alfabetização em saúde em quatro componentes únicos (reconhecimento de palavras, compreensão de leitura, conhecimento conceitual e habilidades de comunicação) e coloca a tomada de decisão no centro. O quadro conceitual destacou ainda a importância da tomada de decisão, onde o conhecimento e as dificuldades de leitura e reconhecimento de palavras não influenciam diretamente os resultados de saúde. Por último, a comunicação

desempenha um papel de relevo no desempenho do processo, servindo como ponte entre a tomada de decisão e a saúde.

Globalmente, o nível médio geral de literacia em SO parece ser baixo. A população adulta australiana apresenta níveis de literacia superiores aos adultos no Canadá, Estados Unidos da América e Nova Zelândia. Minorias étnicas, homens, idosos, menores níveis socioeconómicos e baixos níveis de educação apresentam também níveis médios de literacia em saúde menores que a restante população (Hongal *et al.*, 2013).

Até à data poucos estudos têm sido feitos sobre o papel da literacia em SO. Num estudo levado a cabo por Jones ; Lee ; Rozier (2007) em pacientes adultos de consultórios dentários privados e utilizando a versão curta do REALD-30, concluiu-se que um número considerável de pacientes (29%) foi classificado como tendo baixos níveis de literacia. Aqueles que apresentavam um conhecimento incorreto (OR = 5,98; $P < 0,01$) e uma pobre SO (OR= 3,08; $P = 0,06$) tinham uma maior probabilidade de ter um nível de literacia inferior aos demais, o que possivelmente interfere com a sua capacidade de processar e compreender informações de SO (Jones ; Lee ; Rozier, 2007).

Holtzman *et al.*, (2014), realizaram um estudo com o objetivo de determinar a associação entre as características pessoais, a literacia em SO e o não comparecimento nas consultas dentárias numa clínica dentária universitária, com uma amostra de 200 adultos. Concluiu-se que as pessoas com um baixo nível de literacia em SO têm menor probabilidade de não comparecerem nas consultas dentárias. Neste estudo, o comportamento pela procura de cuidados de saúde foi o preditor mais forte no que concerne a compromissos dentários perdidos (Holtzman *et al.*, 2014).

Na Índia, foi administrado o REALD-30 a um grupo de 187 indivíduos adultos com o objetivo de determinar a relação entre literacia em SO com variáveis sociodemográficas e o estado de SO. Os autores concluíram que, o nível de literacia em SO não foi associado com o género, idade ou etnia, mas sim ao estado de SO. Indivíduos com baixa literacia em SO apresentavam um pior estado de SO (Haridas *et al.*, 2014).

Na Malásia, Ying *et al.*, (2015) desenvolveram um estudo com o objetivo de determinar o nível de literacia e comportamentos em SO entre os estudantes universitários do primeiro ano de ciências da saúde. Um total de 509 participantes respondeu ao NVS e ao OHL-AQ. Os autores constataram que, 71,8% possui um nível adequado de literacia em SO, onde os estudantes de medicina dentária apresentam um valor estatisticamente significativo superior aos demais cursos. Entre as três categorias de avaliação de literacia em saúde neste estudo (compreensão de leitura, aritmética e habilidades de

tomada de decisão), as habilidades de tomada de decisão precisam de ser melhoradas em estudantes que não são de medicina dentária. Os resultados também indicaram uma boa prática de higiene oral diária. Parece então existir uma associação positiva entre o nível de literacia em SO e o comportamento de SO (Ying *et al.*, 2015).

Baskaradoss (2016) realizou um estudo de caso-controlo com um total de 150 pacientes (50 pacientes e 100 pacientes controlo) numa clínica dentária universitária para identificar a associação entre níveis de literacia em SO e os seus comportamentos. Para tal, o autor, recorreu ao instrumento CMOHK e verificou que uma baixa literacia em SO foi associada a um aumento de 2 vezes o risco de não comparecimento nas consultas dentárias. Neste estudo não houve uma diferença estatisticamente significativa entre o comportamento de procura de cuidados de saúde entre os pacientes caso e pacientes controlo, contrastando com os achados do estudo de Holtzman e seus colaboradores (Baskaradoss, 2016).

Em Portugal, em 2015, foi estudada a literacia em SO e a SO dos alistados e oficiais da Escola da Guarda – GNR. Foi desenvolvida e validada a versão portuguesa do *Oral Health Literacy Instrument* (OHLI), composto por um teste de conhecimentos de SO e por uma componente de avaliação de competências em numeracia, leitura e compreensão. O instrumento foi aplicado a 274 alistados e a 12 oficiais da Escola da Guarda. O autor concluiu que uma menor escolaridade, uma menor idade e uma menor frequência de visitas ao dentista estavam associadas a uma menor literacia e menores conhecimentos de SO. O estudo também permitiu concluir que alistados do género masculino possuem menor nível de literacia em SO que os do género feminino (Assunção, 2015).

A maioria dos estudos acerca da literacia em SO foca apenas a relação desta com os comportamentos de SO e com o nível de SO, não contemplando outras variáveis incluídas nos modelos conceituais acerca da literacia em saúde. Por exemplo, a variável da autoeficácia raramente tem sido considerada nestes trabalhos.

2.10.1. Literacia em saúde oral e autoeficácia

Num estudo realizado em 2012, procurou-se examinar a associação de literacia em SO com o estado de SO e negligência dentária e explorar se a falta de eficácia mediou ou modificou essas associações. Os autores concluíram que o aumento de literacia em SO foi associado a um melhor estado de SO. A autoeficácia teve uma forte correlação com a negligência dentária e pode mediar os efeitos da literacia no estado de SO (Lee *et al.*, 2012).

Muito recentemente, Macek *et al.*, realizaram um estudo com 909 adultos. O instrumento utilizado para avaliar os níveis de literacia em SO foi o CMOHK. Os níveis de literacia em SO foram significativamente associados à autoeficácia de como prevenir doenças orais, bem como às crenças e atitudes orais. Os indivíduos com baixos níveis de literacia apresentaram baixos níveis de autoeficácia no que diz respeito à prevenção de cáries dentárias (26,2%; $P < 0,01$) e doença periodontal (35,6%; $P < 0,01$). A investigação mostrou que o conhecimento de SO, crenças e atitudes dentárias e a autoeficácia estavam significativamente relacionados entre si (Macek *et al.*, 2017).

2.10.2. Instrumentos de avaliação da literacia em saúde oral

Os instrumentos de avaliação TOFHLA e REALM foram adaptados para a avaliação da literacia em SO. Foi desenvolvido o *Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry* (REALD) com base no REALM. O REALD é composto por 99 ou 30 itens, funciona através do reconhecimento de 66 palavras e conceitos médicos colocados pelo grau de complexidade, número de sílabas e dificuldade de leitura. Os indivíduos fazem a leitura das palavras da lista em voz alta enquanto o entrevistador regista o número de palavras que são pronunciadas corretamente. Dá origem a uma pontuação que varia entre 0 (nenhuma palavra correta) a 66 (todas as palavras corretas). Mediante o número de palavras, a literacia é dividida em quatro categorias que correspondem a graus de escolaridade: 0– 18 (3º ano), 19 – 44 (4º ao 6º ano), 45 – 60 (7º e 8º ano) e 61 – 66 (9º ano). O REALD apresenta como limitação o facto de não avaliar a capacidade do indivíduo em compreender o significado desses mesmos termos. O alfa de *Cronbach* deste instrumento é de 0,87. Este instrumento serve apenas para identificar o reconhecimento inadequado de termos médicos e dentários (Assunção, 2015).

Baseado no THOFLA surgiu o *Test of Functional Health Literacy in Dentistry* (TOFHLiD). É composto por passagens de texto e afirmações relacionados com o uso de fluoretos e o acesso aos cuidados de SO para avaliação da capacidade de compreensão de informação escrita assim como de perceção de valores numéricos. A avaliação está estruturada em 12 questões organizadas em 4 domínios: instruções para a utilização de um dentífrico fluoretado (5 questões); uma simulação de consulta de odontopediatria (3 questões); uma bula de uma embalagem de flúor em gotas (2 questões) e em comprimidos (2 questões). Após a leitura destes domínios os indivíduos respondem às questões do teste. O coeficiente alfa de *Cronbach* do TOFHLiD de 0,63 (Assunção, 2015).

Em 2008, surgiu o *Oral Health Literacy Instrument* (OHLI), um instrumento construído com base no TOFHLA na forma de questionário por inquérito. É composto por duas secções que avaliam a capacidade de compreensão de leitura (38 itens) e a compreensão de informação numérica (19 itens), respetivamente. É ainda composto por 17 itens que avaliam os conhecimentos gerais de SO através da identificação de estruturas orais e de instrumentos de higiene oral. A classificação é obtida pela soma dos resultados das secções e encontra-se da seguinte forma: 0-59 nível de literacia inadequado; 60 -74 nível de literacia marginal e 75 – 100 nível de literacia adequado. O valor de alfa de *Cronbach* deste instrumento é de $>0,7$. Este instrumento encontra-se traduzido e validado para português. O OHLI mede desta forma as habilidades de compreensão, aritmética e conhecimento de SO (Assunção, 2015).

O *Comprehensive Measure of Oral Health Knowledge* (CMOHK) surgiu em 2010 através da combinação de outros instrumentos. É constituído por 44 questões de conhecimento concetual e foi categorizado em três níveis de conhecimento (pobre, justo e bom). O valor de alfa de *Cronbach* é de 0,74 (Dickson-Swift *et al.*, 2014).

Ainda em 2013 e com o objetivo de desenvolver um instrumento confiável, válido e culturalmente apropriado para avaliar a literacia em SO entre grupos vulneráveis foi desenvolvido o *Health Literacy in Dentistry* (HeLD). O HeLD é constituído por 29 itens e abrange os domínios da comunicação, acesso, recetividade, compreensão, utilização, apoio e barreiras económicas (Dickson-Swift *et al.*, 2014).

No mesmo ano foi também desenvolvido o *Oral Health Literacy Adults Questionnaire* (OHL-AQ) com o intuito de ser um instrumento mais geral de literacia em SO para adultos. O questionário compreende 17 itens em quatro secções: compreensão de leitura, numeracia, compreensão auditiva e tomada de decisão. O valor de alfa de *Cronbach* é de 0,72 (Sistani *et al.*, 2014).

Ainda que em número muito reduzido existem ferramentas que foram adaptadas para populações específicas ou grupos culturais. *Hong Kong Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry* (HKREALD-30), *Hong Kong Oral Health Literacy Assessment Task for Pediatric Dentistry* (HKOHLAT-P) e *Oral Health Literacy Assessment-Spanish* (OHLA) (Dickson-Swift *et al.*, 2014).

A maioria dos instrumentos de avaliação da literacia em SO apenas medem a capacidade de um indivíduo ler vocabulário específico de SO ou a capacidade de ler e compreender informações por escrito e o cálculo de números. Apresentam ainda a desvantagem de serem muito longos e de por vezes incluírem itens que não são relevantes para todas as sociedades (Sistani *et al.*, 2014).

Em 2014, no sentido de colmatar as lacunas apresentadas pelos instrumentos anteriormente descritos, Sistani e colaboradores, desenvolveram um instrumento mais geral de literacia em SO para adultos em ambiente de saúde pública onde incluía medidas de compreensão auditiva e tomada de decisão apropriada – *Oral Health Literacy Adults Questionnaire* (OHL-AQ).

3. Questão de investigação e Objetivos

O presente estudo assenta em três pontos importantes. O período de desenvolvimento durante a frequência do ensino superior. A necessidade de melhorar a compreensão dos determinantes modificáveis de SO e particularmente de compreender a adoção de comportamentos relacionados com a SO. E o baixo valor preditivo dos modelos explicativos dos comportamentos de saúde no caso dos comportamentos relacionados com a SO e ainda o potencial da literacia em SO para aumentar esse valor explicativo

3.1. Questão de investigação

A investigação tem como questão principal: qual a relação entre literacia em SO, crenças, atitudes, comportamentos e perceção de SO em estudantes universitários?

3.2. Objetivos

Com este estudo pretende-se descrever e analisar a relação entre literacia em SO, crenças, atitudes, comportamentos de SO e nível de SO de estudantes universitários.

Para a concretização do objetivo geral foram definidos dois grupos de objetivos específicos:

1º Grupo

- Analisar as propriedades psicométricas da versão portuguesa do *Self-efficacy Scale for Selfcare* (SESS) e do *Oral Health Literacy Adults Questionnaire* (OHL-AQ);

2º Grupo

- Caracterizar as atitudes, crenças, literacia em SO, comportamentos de SO e nível de SO de estudantes universitários;

- Analisar a relação entre crenças e atitudes, autoeficácia, literacia em SO e comportamentos de SO;

- Analisar a relação entre crenças e atitudes, autoeficácia, literacia em SO, comportamentos de SO e nível de SO.

- Analisar o contributo relativo de cada uma das variáveis para explicar os comportamentos de SO;

- Analisar o contributo relativo de cada uma das variáveis para explicar o nível de SO.

4. Metodologia

4.1. Caracterização do estudo

Esta investigação configura-se num estudo observacional transversal, seguindo uma abordagem quantitativa descritivo-correcional, dado termos como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenómeno e o estabelecimento de associações entre variáveis (Gil, 2008).

4.2. Caracterização da amostra

A população deste estudo abrangeu estudantes do ensino superior público e privado português. Foram estabelecidos como critérios de inclusão frequentar o ensino superior em áreas não relacionadas com a SO. Foi utilizada uma metodologia de amostragem por conveniência e bola de neve. Preencheram o protocolo *online* 264 indivíduos. Destes, 8 foram excluídos por se tratarem de estudantes ligados à SO ou estudantes que não do ensino superior. A amostra final foi constituída por 256 estudantes universitários de várias universidades do país públicas ou privadas.

Dos 256 estudantes elegíveis, 19,1% (n=49) eram do género masculino e 80,9% (n=207) do género feminino. As idades variaram entre os 18 e os 43 anos (Tabela 1).

Tabela 1: Idade dos participantes.

	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade	22,09	3,600	21,00	18,00	43,00

Relativamente ao curso em que estavam inscritos 68,5% eram de uma área que não saúde e os restantes 31,5% da área da saúde. No que diz respeito ao ano de frequência 27,3% frequentavam o primeiro ano, 24,1% o segundo, 24,9% o terceiro, 14,6% o quarto e 9,1% o quinto ano.

4.3. Instrumentos de recolha de dados

Para a recolha de informação foi elaborado um protocolo de investigação tendo por base 4 instrumentos: o questionário acerca dos comportamentos relacionados com a SO; o *Dental Beliefs Questionnaire* (DBQ) para as crenças dentárias; o *Self-efficacy Scale for Selfcare* (SESS) para a autoeficácia em SO; e o *Oral Health Literacy Adults Questionnaire* (OHL-AQ) para avaliar a literacia em SO (Apêndice II).

4.3.1. Questionário acerca dos comportamentos relacionados com a saúde oral

O questionário acerca dos comportamentos de SO foi desenvolvido tendo por base os trabalhos de Piperakis *et al.* (2008) e Fortes (2016). O questionário é constituído por 14 questões relativas a comportamentos relacionados com a SO e percepção do estado de SO. O questionário inclui questões sobre a frequência da escovagem, o uso do fio dentário, a frequência de consultas no médico dentista e a frequência da ingestão de bebidas ou alimentos açucarados. Adicionalmente, os indivíduos são questionados acerca das fontes de informação sobre cuidados de SO. Todas as questões são respondidas em formato de resposta fechada, incluindo um número variável de alternativas de resposta. Finalmente, é incluída uma escala subjetiva de cinco pontos acerca da percepção do estado de SO do indivíduo.

4.3.1.1. *Dental Beliefs Questionnaire* (DBQ). O DBQ foi elaborado em 1998 por Borkowska ; Watts ; Weinman tendo a teoria do Locus de controlo da saúde subjacente à sua construção. É constituído por 20 afirmações sobre crenças dentárias, que se organizam em três escalas de *Locus* de Controlo (*Locus* de Controlo Interno, *Locus* de Controlo Externo e *Locus* de Controlo Todos Poderosos) e uma escala de Valores de Saúde. De forma a evitar um viés de tendência central, foi utilizada, uma escala tipo Likert de 6 pontos, em que 1 representa discordo completamente e 6 concordo completamente.

A cotação do DBQ é feita pelo somatório das respostas aos itens que compõem cada escala. As questões formuladas de modo negativo (12 e 19) foram invertidas, ou seja, se nesses itens era assinalada a opção 1 (Discordo totalmente, recebia a pontuação máxima, de 6, ao contrário do efetuado em relação aos itens formulados de modo direto, que na opção 1 recebiam pontuação de 1.

O DBQ já tinha sido usado anteriormente num estudo em Portugal e por isso não foi necessário a sua tradução e validação. Contudo foi elaborado um pré-teste a 10 indivíduos, onde foi pedido para além de responderem ao questionário que colocassem todas as dúvidas que surgissem no seu preenchimento.

Na versão portuguesa, as subescalas LCI e LCE tinham uma confiabilidade previamente estimada para a consistência interna (α de *Cronbach* = 0,71 e 0,63, respetivamente). As restantes escalas tinham uma consistência interna baixa.

4.3.1.2. Self-Efficacy Scale for Selfcare (SESS). A Escala de Autoeficácia para o Autocuidado foi desenvolvida em 2007 por Kakudate ; Morita ; Kawanami. A SESS é constituída por 15 afirmações sobre a autoeficácia em SO, que se organizam em três subescalas: a autoeficácia para consultas de medicina dentária (SE-DC, cinco itens), autoeficácia para a escovagem diária (SE-B, cinco itens) e autoeficácia para os hábitos alimentares (SE-DH, cinco itens). A resposta às afirmações é feita numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, em que 1 representa nada confiante e 5 totalmente confiante.

A pontuação da SESS é expressa como a soma das pontuações atribuídas nas 15 afirmações, variando entre 15 e 75 pontos. O mesmo acontece para a cotação de cada uma das subescalas.

Os estudos originais com a escala revelaram uma consistência interna boa (α de *Cronbach* = 0,86) e uma estabilidade teste-reteste razoável (coeficiente de correlação de *Spearman* = 0,73; $P < 0,001$). A consistência interna (α de *Cronbach*) das três subescalas, SE-DC, SE-B e SE-DH foi de 0,90, 0,86 e 0,76, respetivamente e a estabilidade teste-reteste (coeficiente de correlação de *Spearman*) foi de 0,57 ($P < 0,01$), 0,39 ($P < 0,05$) e 0,53 ($P < 0,01$), respetivamente.

Para a tradução da SESS foi pedida a colaboração de dois tradutores independentes, com posterior desenvolvimento de uma versão conciliada. Em seguida foi efetuada a retroversão por sujeito com inglês como língua materna e posterior verificação da correspondência com a versão original e desenvolvimento da versão final. Foi ainda solicitado o apoio da autora da versão original para esclarecimento de alguns termos da versão original, uma vez que a versão disponibilizada está em inglês, mas a versão original era japonesa. O questionário foi submetido a um pré-teste a 10 indivíduos, onde foi pedido para além de responderem ao questionário que colocassem todas as dúvidas que surgissem no seu preenchimento.

4.3.1.3. *Oral Health Literacy Adults Questionnaire (OHL-AQ)*. O OHL-AQ foi desenvolvido por Sistani (2011) com o intuito de ser um instrumento mais geral de avaliação do nível de literacia em SO de adultos, incluindo medidas de compreensão auditiva e tomada de decisão e não apenas os habituais conhecimentos, compreensão de leitura e compreensão de informação numérica. O questionário encontra-se dividido em 4 secções (compreensão de leitura, numeracia, compreensão auditiva e tomada de decisão) num total de 17 itens.

A secção de compreensão de leitura consiste em seis itens com espaços para preencher. Para cada espaço há 5 opções possíveis de escolha. A secção da numeracia consiste em 4 itens relacionados com dois temas, nomeadamente, a prescrição de amoxicilina e o bochecho com fluoreto de sódio.

A secção da compreensão auditiva consiste em 2 itens sobre a instrução após extração de um dente. Um ficheiro de áudio foi colocado *online* numa *dropbox* e foi dada a instrução aos participantes do estudo que o descarregassem para ouvir antes de responderem às questões.

A secção de tomada de decisão é constituída por 5 itens relacionados com problemas comuns de SO e conteúdos extraídos do questionário de saúde. Para cada item existe 5 opções possíveis de escolha.

O questionário foi cotado de acordo com as instruções dos autores. A pontuação para o OHL-AQ foi expressa como a soma das pontuações atribuídas nos 17 itens. Para cada resposta correta era atribuído 1 ponto e para cada resposta errada ou não respondida era atribuído 0 pontos, desta forma as pontuações variaram entre 1 e 17 pontos. A literacia em SO foi categorizada em 3 categorias: inadequada (0-9 pontos), marginal (10-11 pontos) e adequada (12-17 pontos).

Na versão original em persa, a consistência interna do questionário tinha sido previamente medida pelo coeficiente α de *Cronbach* (0,72) e a estabilidade foi avaliada pela confiabilidade teste-reteste usando o coeficiente de correlação intraclass (ICC) (0,84), ambos indicando resultados satisfatórios. A versão inglesa apresentou uma consistência interna para o α de *Cronbach* de 0,74.

Para a tradução do OHL-AQ foi pedida a colaboração de dois tradutores independentes com posterior desenvolvimento de uma versão conciliada. Em seguida foi efetuada a retroversão por sujeito com inglês como língua materna e posterior verificação da correspondência com a versão original e desenvolvimento da versão final. Foi ainda solicitado o apoio da autora da versão original para esclarecimento de alguns termos da versão original, uma vez que a versão disponibilizada está em inglês, mas a versão

original era persa. O questionário foi submetido a um pré-teste a 10 indivíduos, onde foi pedido para além de responderem ao questionário que colocassem todas as dúvidas que surgissem no seu preenchimento.

4.4. Variáveis

As variáveis foram agrupadas, tendo em conta a sua finalidade, em variáveis de caracterização da amostra, variáveis referentes aos comportamentos relacionados com a SO, perceção de SO, crenças dentárias, variáveis de autoeficácia em SO e literacia em SO, pelo que assim passarão a ser descritas (Tabela de 2 a 6).

4.4.1. Variáveis de caracterização da amostra

Tabela 2: Caracterização da amostra.

Nome	Descrição	Tipo	Valores da variável
Curso	Curso que o inquirido frequenta	Nominal	
Ano que frequenta	Ano que frequenta no curso em que está inscrito	Numérica	
Idade	Idade do inquirido	Numérica	
Género	Género do inquirido	Nominal	1-Masculino 2-Feminino
Nível de instrução dos pais	Nível de escolaridade dos pais do inquirido	Ordinal	1-Licenciatura 2-Bacharelato 3-12ºano, 9ºano 4-Entre o 5º e 9ºano 5-4ºano ou menos

4.4.2. Variáveis relacionadas com os comportamentos de saúde oral

Tabela 3: Comportamentos relacionados com a saúde oral.

Nome	Descrição	Tipo	Valores da variável
Vezes que escova os dentes por dia	Número de vezes que o inquirido escova os dentes por dia	Ordinal	1-Nenhuma vez ao dia 2- 1 vez ao dia 3- 2 vezes ou mais ao dia
Momento da escovagem	Momento do dia em que é realizada a escovagem	Nominal	1-De manhã, antes do pequeno-almoço 2-De manhã, depois do pequeno-almoço 3-Após o almoço 4-Após o jantar 5-Antes de ir dormir
Fio dentário	Uso do fio dentário pelos inquiridos	Nominal	1-Não 2-Sim, ocasionalmente 3-Sim, todos os dias
Pasta dentífrica com flúor	Uso de pasta dentífrica com flúor	Nominal	1-Não 2-Sim 3-Não sei
Regularidade de visitas ao dentista	Regularidade com que os inquiridos vão ao dentista	Nominal	1-Nunca fui ao dentista 2-Só vou quando tenho dores ou alguma queixa 3-Regularmente mesmo sem queixas
Visita ao profissional de SO no último ano	Visita ao profissional de SO no último ano	Nominal	1-Sim 2-Não

Razão da visita ao profissional de SO no último ano	Razão que levou o inquirido a procurar o profissional de SO no último ano	Nominal	1-Não fui ao dentista no último ano 2-Dores de dentes ou abcesso 3-Extrair ou tratar um dente 4-Consulta anual de prevenção 5-Fazer limpeza ou selantes 6-Outros
Informação de SO	Informação de saúde oral por parte dos profissionais de saúde	Nominal	1-Sim 2-Não
Fonte de informação sobre SO	Principal fonte de informação sobre SO	Nominal	1-Familiar 2-Médico dentista 3-Higienista oral 4-Médico assistente/enfermeiro 5-Outro
Consumo de bebidas/alimentos açucarados/snacks	Frequência do consumo de bebidas/alimentos açucarados/snacks	Ordinal	1-Todos os dias 2-A maioria dos dias 3-Ocasionalmente 4-Nunca 5-Outro
Altura de maior ingestão de alimentos açucarados	Altura do dia de maior consumo de alimentos açucarados	Nominal	1-Logo após as refeições 2-Entre as refeições 3-À noite, antes de ir para a cama
Consumo de bebidas/alimentos açucarados durante o estudo	Aumento do consumo de bebidas/alimentos açucarados durante o estudo	Nominal	1-Sim 2-Não
Comportamentos de saúde oral	Vezes que escova os dentes por dia + uso do fio dentário + regularidade visitas ao dentista	Numérica	Valores entre 0 e 9

4.4.3. Perceção da saúde oral.

Tabela 4: Perceção de saúde oral.

Nome	Descrição	Tipo	Valores da variável
Perceção de saúde oral	Perceção de saúde oral dos inquiridos	Ordinal	1-Muito má 2-Má 3-Razoável 4-Boa 5-Muito boa
Perceção de saúde oral dicotómica	Perceção de saúde oral dos inquiridos-dicotómica	Ordinal	0-Má ou razoável 1-Boa ou muito boa

4.4.4. Variáveis relacionadas com as crenças dentárias e autoeficácia em saúde oral

Tabela 5: Crenças dentárias e autoeficácia em saúde oral.

Nome	Descrição	Tipo	Valores da variável
Locus de controlo interno	Subescala do DBQ	Numérica	Valores entre 20 e 120
Locus de controlo externo	Subescala do DBQ	Numérica	Valores entre 20 e 120
Valores de saúde	Subescala do DBQ	Numérica	Valores entre 20 e 120
SE-DC	Subescala SESS	Numérica	Valores entre 15 e 75
SE-B	Subescala SESS	Numérica	Valores entre 15 e 75
SE-DH	Subescala SESS	Numérica	Valores entre 15 e 75
SESS	Escala total SESS	Numérica	Valores entre 15 e 75

4.4.5. Variáveis relacionadas com a literacia em saúde oral

Tabela 6: Literacia em saúde oral.

Nome	Descrição	Tipo	Valores da variável
Compreensão de leitura	Categoria do OHL-AQ (3 perguntas)	Numérica	Valores entre 0 e 6
Numeracia	Categoria do OHL-AQ (4 perguntas)	Numérica	Valores entre 0 e 4
Compreensão auditiva	Categoria do OHL-AQ (2 perguntas)	Numérica	Valores entre 0 e 2
Tomada de decisão	Categoria do OHL-AQ (5 perguntas)	Numérica	Valores entre 0 e 5

4.5. Procedimento de recolha de dados

A recolha de dados decorreu nos meses de junho e julho de 2017 através de um protocolo de investigação disponibilizado *online* com recurso ao software *survey monkey*. Para a divulgação do estudo foi pedida a colaboração às Faculdades da Universidade de Lisboa, onde apenas as Faculdades de Ciências e Farmácia aceitaram participar no estudo. A estas faculdades, foi pedida via *email* a divulgação do questionário através da *mailing list* de alunos. Uma outra forma de difusão do estudo foi através das redes sociais, tendo sido utilizada uma estratégia de bola de neve. Não foi dado qualquer incentivo financeiro ou material pela participação.

4.6. Análise estatística

Foi efetuada a análise descritiva das variáveis, efetuando-se o cálculo das frequências absolutas e relativas. Nas questões em que é possível escolher mais do que uma hipótese de resposta, o valor do número de indivíduos pode ser superior ao da amostra. Nas variáveis numéricas foi calculada a média, mediana, moda, desvio padrão, valor máximo e valor mínimo.

A validação das versões portuguesas do SESS e do OHL-AQ seguiu os procedimentos dos estudos originais dos instrumentos. Desta forma, inicialmente foi realizada a análise descritiva dos itens. A precisão foi avaliada através da análise da consistência interna, recorrendo-se ao cálculo do coeficiente alfa de *Cronbach*, das correlações item-total e da média das correlações inter-itens. Relativamente ao alfa de *Cronbach*, foram seguidas as seguintes recomendações: acima de 0,9 muito boa; entre 0,8 e 0,9 boa; entre 0,7 e 0,8 razoável; entre 0,6 e 0,7 fraca; abaixo de 0,6 inadmissível (Pestana ; Gageiro, 2008). Para as correlações item-total considerou-se um valor mínimo de 0,2 (Floyd ; Widaman, 1995). Para a média das correlações inter-itens utilizou-se como indicador de adequação valores entre 0,2 e 0,4 (Briggs ; Cheek, 1986).

A análise da relação entre variáveis foi realizada recorrendo à Correlação de *Pearson* para variáveis categóricas, Correlação de *Spearman* para variáveis numéricas e Qui-quadrado para variáveis nominais.

A regressão linear múltipla foi utilizada para avaliar a associação entre o comportamento de saúde oral como variável dependente e a idade, género, instrução da mãe e do pai, literacia em SO (OHL-AQ), crenças dentárias (LCI, LCE, VS) e autoeficácia (SE-DC, SE-B, SE-DH) como variáveis preditoras. As variáveis sociodemográficas, literacia em SO e variáveis cognitivas foram introduzidas em diferentes blocos.

A regressão logística foi utilizada para avaliar a associação entre a perceção de SO e o género, instrução da mãe e do pai, níveis de literacia em SO, crenças dentárias (LCI, LCE, VS), autoeficácia (SE-DC, SE-B, SE-DH) e comportamentos de SO como variáveis preditoras. Cada grupo de variáveis foi inserido num bloco distinto.

Foi assumida a normalidade dos dados de acordo com o teorema do limite central. Os testes estatísticos foram realizados para um nível de significância de 5%.

A análise de dados foi realizada no programa *SPSS24 Data Editor* (*SPSS Inc., Chicago, USA*).

4.7. Considerações éticas

Aos participantes do estudo foram explicados, por escrito, todos os objetivos do estudo, tendo os mesmos concordado com o consentimento livre, voluntário e esclarecido (Apêndice I).

Os dados fornecidos são de carácter estritamente anónimo e confidencial e utilizados unicamente para fins académicos.

5. Resultados

5.1. Estudos de validação

5.1.1. SESS

O questionário SESS foi respondido por 217 indivíduos, obtendo-se uma média de 59,19 (DP=8,550) (Tabela 7).

Tabela 7: Estatísticas descritivas SESS.

	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
SESS	59,19	8,55	59,00	35,00	75,00
SE-DC	20,26	4,12	20,00	5,00	25,00
SE-B	21,82	2,87	22,00	14,00	25,00
SE-DH	17,12	4,23	17,00	7,00	25,00

A análise inicial dos itens revelou que a maioria dos itens apresentava uma amplitude de resultados que cobria toda a escala, com exceção dos itens 6, 7 e 8, que apresentavam frequência zero num dos níveis da escala (Tabela 8).

Tabela 8: Análise dos itens SESS.

Itens	%				
	1-Nada confiante	2	3	4	5-Completamente confiante
Q1	1,4	2,3	7,8	33,6	54,8
Q2	1,4	1,4	3,2	34,1	59,9
Q3	3,2	6,9	12,9	30,9	46,1
Q4	6,5	12,4	28,1	24,4	28,6

Q5	5,1	8,3	26,7	29,5	30,4
Q6	0,0	0,5	6,0	32,3	61,3
Q7	0,0	0,5	6,5	30,0	63,1
Q8	0,0	3,2	12,9	33,2	50,7
Q9	4,1	5,1	17,5	24,9	48,4
Q10	0,5	3,2	11,5	33,2	51,6
Q11	15,7	22,6	36,4	15,2	10,1
Q12	11,5	13,4	31,8	23,0	20,3
Q13	1,4	6,0	23,5	30,0	39,2
Q14	6,9	13,8	29,5	21,7	28,1
Q15	7,4	14,7	25,8	21,7	30,4

As correlações item-total foram aceitáveis, apresentando correlações acima de 0,2, com exceção do item 9 que ainda assim se aproximou desse limiar (Tabela 9). A média das correlações inter-itens situou-se dentro de parâmetros adequados (0,278), sugerindo que os itens representam aspectos únicos (Tabela 11).

Tabela 9: Correlações item-total do SESS.

Subescala	Item	Correlação item-total
SE-DC	Q1, Ir ao meu dentista para tratamento de doenças orais	0,508
	Q2, Colaborar com o meu dentista e higienista oral para tratar doenças orais	0,473
	Q3, Visitar o meu dentista regularmente para evitar o aparecimento de novas doenças orais, mesmo depois do tratamento ter terminado	0,623
	Q4, Fazer <i>check-ups</i> regulares, mesmo quando estou sobrecarregado com o trabalho, os estudos ou tarefas domésticas	0,669

	Q5, Fazer <i>check-ups</i> regulares, mesmo quando não estou relaxado	0,621
SE-B	Q6, Escovar os dentes de acordo com as instruções	0,473
	Q7, Escovar os dentes de forma completa e cuidadosa	0,524
	Q8, Escovar o espaço entre os dentes e as gengivas	0,432
	Q9, Mover a escova de dentes com movimentos curtos e rápidos, durante a escovagem	0,193
	Q10, Demorar tempo a escovar os meus dentes cuidadosamente	0,426
SE-DH	Q11, Tentar não dispensar muito tempo a comer entre refeições	0,318
	Q12, Fazer as minhas refeições em horários fixos ao longo do dia	0,516
	Q13, Tentar fazer uma alimentação equilibrada	0,495
	Q14, Tentar não comer e beber antes de me deitar	0,529
	Q15, Tentar não comer muitos doces	0,424

O coeficiente alfa de *Cronbach* da escala total foi de 0,842 indicando uma boa consistência interna. A eliminação do item 9 conduziria a um ligeiro incremento do alfa, mas que não se considerou suficiente para justificar a eliminação do item. As diferentes subescalas do SESS apresentaram valores de alfa de *Cronbach* razoáveis a bons (Tabela10).

Tabela 10: Alfa de *Cronbach* da versão japonesa, publicação inglesa e da versão portuguesa.

Autor	Kakudate et al., 2007	Kakudate, Morita, Kawanami, 2008	Versão portuguesa, 2017
Escala/Subescala	(alfa de <i>Cronbach</i>)	(alfa de <i>Cronbach</i>)	(alfa de <i>Cronbach</i>)

SE-DC	0,90	0,81	0,869
SE-B	0,86	0,80	0,733
SE-DH	0,76	0,74	0,752
Total	0,86	0,83	0,842

Tabela 11: Matriz de correlação SESS.

	SE-DC					SE-B					SE-DH			
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14
Q2	0,645													
Q3	0,582	0,553												
Q4	0,441	0,378	0,729											
Q5	0,455	0,409	0,718	0,815										
Q6	0,376	0,315	0,319	0,217	0,241									
Q7	0,293	0,230	0,253	0,349	0,314	0,614								
Q8	0,176	0,182	0,187	0,270	0,180	0,494	0,596							
Q9	0,105	0,128	0,106	0,203	0,129	0,233	0,177	0,287						
Q10	0,173	0,236	0,228	0,241	0,208	0,438	0,512	0,440	0,265					
Q11	0,110	0,151	0,242	0,292	0,232	0,036	0,076	0,137	0,146	0,145				
Q12	0,245	0,209	0,263	0,366	0,351	0,181	0,221	0,183	0,024	0,146	0,295			
Q13	0,191	0,157	0,251	0,329	0,302	0,254	0,376	0,251	-0,054	0,240	0,066	0,509		
Q14	0,289	0,244	0,314	0,317	0,261	0,267	0,268	0,234	0,041	0,206	0,282	0,455	0,391	
Q15	0,109	0,062	0,166	0,207	0,195	0,154	0,206	0,161	-0,008	0,218	0,197	0,469	0,585	0,524

5.1.2. OHL-AQ

O questionário OHL-AQ foi respondido por 157 indivíduos, obtendo-se uma média de 12,75 e desvio padrão de 2,55 (Tabela 12).

Tabela 12: Estatísticas descritivas OHL-AQ.

	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
OHL-AQ	12,75	2,549	13,00	4,00	17,00

A grande maioria (73,2%) dos estudantes obteve pontuações de literacia em SO “adequadas” com o OHL-AQ (Tabela 13).

Tabela 13: Níveis de literacia na versão original, versão inglesa e versão portuguesa.

Autor	Sistani <i>et al.</i> , 2014	Flynn <i>et al.</i> , 2016	Versão portuguesa, 2017
Nível de literacia			
Inadequada	39,2	7,0	9,6
Marginal	26,5	7,0	17,2
Adequada	44,3	86,0	73,2

A proporção de respostas corretas para todos os itens variou entre 25,2-96,2% (Tabela 14).

Tabela 14: Análise dos itens OHL-AQ.

Secção	Resumo de item	% respostas corretas	Correlação item-total
Compreensão de leitura	Q1, Ligação entre doenças orais e outras - ligação	25,2	0,295
	Q2, Escovagem e flúor - fluoreto	96,2	0,172
	Q3, Escovagem pelo menos duas vezes ao dia – escovagem	95,0	0,080
	Q4, Evitar o açúcar para evitar a desmineralização – açúcar	95,6	0,332
	Q5, Número de dentes permanentes - dentes	86,8	0,119
	Q6, Obter o primeiro dente aos 6 anos – erupção	36,5	0,171
Numeracia	Q7, Hora para tomar a medicação - medicação	29,7	0,102
	Q8, Parar de tomar a medicação – parar	94,3	0,326
	Q9, Engolir o bochecho oral – engolir	91,2	0,337
	Q10, Comer ou beber – comer	88,7	0,405
Compreensão auditiva	Q11, Tirar a gaze da boca – gaze	50,6	0,490
	Q12, Comer comida quente – comida quente	66,7	0,347
Tomada de decisão	Q13, Hemorragia após a escovagem – hemorragia	83,0	0,315
	Q14, Dor ao engolir – dor	90,6	0,244
	Q15, Remover manchas e tártaro – manchas	76,7	0,233
	Q16, “Ilíbo o meu dentista” – culpa legal	82,4	0,467
	Q17, História de alergia a medicamentos - alergia	83,0	0,506

Os scores da matriz de correlação para os itens do OHL-AQ são apresentados na Tabela 16, verificando-se uma correlação média inter-itens de 0,124, que fica abaixo do

indicador de adequação de valores entre 0,20 e 0,40. Adicionalmente, todos os itens apresentam correlações moderadas com o total (Tabela 14).

A consistência interna aproximou-se do valor de adequação, com um alfa de Cronbach de 0,692 (Tabela 15). A eliminação dos itens 3, 5, 6 e 7 permitiria incrementar ligeiramente o alfa para valores de 0,695, 0,696, 0,698 e 0,705 respetivamente. Pelo facto de o incremento ser muito ligeiro, estes itens foram mantidos nas análises subsequentes com o instrumento.

Tabela 15: Alfa de *Cronbach* da versão original, versão inglesa e versão portuguesa.

Autor	Sistani <i>et al.</i>, 2014 (alfa de Cronbach)	Flynn <i>et al.</i>, 2016 (alfa de Cronbach)	Versão portuguesa, 2017
Escala			
OHI-AQ	0,72	0,74	0,692

Tabela 16: Matriz de correlação OHL-AQ.

	Compreensão de leitura						Numeracia				Compreensão auditiva		Tomada de decisão			
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16
	Ligação	Fluoreto	Escovagem	Açúcar	Dentes	Erupção	Medicação	Parar	Engolir	Comer	Gaze	Comida quente	Hemorragia	Dor	Manchas	Culpa legar
Q2	0,104															
Q3	0,053	0,137														
Q4	0,115	0,531	0,118													
Q5	0,087	0,039	0,010	0,223												
Q6	0,140	0,139	0,037	0,153	0,253											
Q7	0,043	0,039	0,006	-0,015	-0,042	0,076										
Q8	0,142	0,111	0,079	0,094	-0,094	0,075	0,101									
Q9	0,025	0,071	-0,068	0,287	0,149	-0,038	0,009	0,211								
Q10	0,114	0,162	-0,078	0,345	0,102	0,110	-0,070	0,255	0,519							
Q11	0,188	0,110	0,094	0,201	0,079	0,127	0,121	0,139	0,225	0,242						
Q12	0,154	-0,128	0,110	-0,070	-0,025	0,118	0,105	0,059	0,112	0,087	0,627					
Q13	0,145	0,302	-0,017	0,085	0,028	-0,036	0,077	0,178	0,213	0,207	0,087	0,038				
Q14	0,187	-0,059	0,035	-0,065	-0,124	-0,021	0,023	0,293	0,126	0,087	0,110	0,140	0,196			
Q15	0,103	-0,099	-0,044	0,049	-0,072	-0,022	-0,007	0,061	0,095	0,089	0,155	0,228	0,273	0,132		
Q16	0,145	0,013	0,065	0,261	0,130	0,034	0,040	0,251	0,272	0,419	0,256	0,146	0,284	0,254	0,193	
Q17	0,223	0,013	0,065	0,261	0,079	0,069	0,114	0,323	0,213	0,313	0,290	0,181	0,240	0,254	0,273	0,419

5.2. Estudo principal

5.2.1. Comportamentos relacionados com a saúde oral

A grande maioria dos estudantes (80,5%) efetuava a escovagem duas ou mais vezes por dia. O momento de escovagem com maior frequência foi o “De manhã, após o pequeno-almoço” (73,8%). Apenas 7,8% (n=20) dos estudantes referiu utilizar o fio dentário diariamente (Tabela 17).

Tabela 17: Comportamentos de higiene oral.

	N	%
Frequência de escovagem		
Nenhuma vez ao dia	1	0,4
1 vez por dia	49	19,1
2 vezes ou mais vezes por dia	206	80,5
Momento da escovagem		
De manhã, antes do pequeno-almoço	53	20,7
De manhã, depois do pequeno-almoço	189	73,8
Após o almoço	85	33,2
Após o jantar	69	27,0
Antes de ir dormir	179	69,9
Uso de fio dentário		
Não	124	48,4
Sim, ocasionalmente	111	43,4
Sim, todos os dias	20	7,8
Uso de pasta fluoretada		
Sim	128	50,0
Não	23	9,0
Não sabe	104	40,6

Relativamente à visita ao médico dentista, 53,9% referiram realizar consultas regulares, mesmo sem queixas e 75,0% tinham visitado um profissional de SO no último ano. Dos alunos que visitaram o profissional de SO no último ano 23,4% fê-lo por rotina (Tabela 18).

Tabela 18: Visita ao profissional de saúde oral.

	N	%
Regularidade da visita ao dentista		
Nunca visitou o dentista	3	1,2
Regularmente, mesmo sem queixas	138	53,9
Quando existe dor ou queixas	115	44,9
Razão da última visita ao profissional de SO (último ano)		
Não foi ao dentista no último ano	54	21,3
Dores de dentes ou abscesso	22	8,7
Extraír ou tratar dente	24	9,4
Consulta anual de prevenção	60	23,6
Fazer limpeza ou selantes	59	23,2
Estética	16	6,3
Outros	21	7,5

Quando inquiridos, 90,6% dos participantes afirmaram já ter recebido informação sobre cuidados de SO pelo profissional de saúde oral (PSO), sendo a principal fonte de informação o médico dentista (48,4%) (Tabela 19).

Tabela 19: Informação sobre cuidados de saúde oral.

	N	%
Principal fonte de informação em saúde oral		
Familiar	85	33,2
Médico Dentista	124	48,4
Higienista Oral	27	10,5
Médico Assistente/Enfermeiro	1	0,4
Outro	19	7,4

Um elevado número de indivíduos (42,2%) afirmam consumir alimentos ricos em hidratos de carbono a maioria dos dias, sendo que este consumo é maioritariamente realizado entre as refeições (68,0%). 52,2% afirma que o consumo aumenta durante as épocas de estudo (Tabela 20).

Tabela 20: Consumo de hidratos de carbono.

	N	%
Frequência de consumo		
Todos os dias	42	16,4
A maioria dos dias	108	42,2
Ocasionalmente	101	39,5
Nunca	3	1,2
Outro	2	0,8
Momento do consumo		
Após as refeições	98	38,3
Entre as refeições	174	68,0
Antes de ir dormir	21	8,2

5.2.2. Percepção da saúde oral

A maioria dos estudantes (67,2%) considera que a sua SO é muito boa ou boa (Tabela 21).

Tabela 21: Percepção de saúde oral.

	N	%
Percepção de saúde oral		
Muito boa	28	10,9
Boa	144	56,3
Razoável	78	30,5
Má	6	2,3

5.2.3. DBQ

O questionário DBQ foi respondido por 233 indivíduos, obtendo-se uma média de 79,70 e desvio padrão de 6,69 (Tabela 22).

Tabela 22: Estatísticas descritivas DBQ.

	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
DBQ	79,70	6,69	80,00	50,00	96,00
LCI	31,61	3,88	32,00	12,00	36,00
LCE	9,98	3,26	9,00	6,00	22,00
LCP	17,08	2,76	17,00	8,00	23,00
VS	21,03	3,05	21,03	9,00	24,00

A proporção de respostas dadas aos vários itens variou entre 0,0% e 79,0% conforme se pode verificar na Tabela 23.

Tabela 23: Análise dos itens DBQ.

Itens	%					
	1-Discordo Completamente	2	3	4	5	6-Concordo completamente
Q1	59,2	17,2	13,3	5,2	3,4	1,3
Q2	34,8	29,2	24,0	6,9	4,3	0,9
Q3	7,7	3,4	11,6	26,6	20,6	30,0
Q4	0,4	0,4	0,9	5,6	19,3	73,4
Q5	79,0	12,4	4,7	2,6	1,3	0,0
Q6	30,9	25,8	20,6	15,0	5,2	2,6
Q7	3,0	1,7	3,9	8,6	30,5	52,4
Q8	0,9	0,9	0,9	6,0	30,0	61,4
Q9	0,4	4,7	14,6	24,5	24,9	30,9
Q10	0,9	0,4	1,3	5,2	21,9	70,4
Q11	0,4	1,3	6,0	17,6	27,5	47,2
Q12	0,4	0,9	3,4	6,0	24,5	64,8
Q13	64,8	25,3	5,6	2,1	0,9	1,3
Q14	0,9	2,6	5,2	5,6	24,9	60,9
Q15	65,7	27,0	5,2	0,4	1,3	0,4
Q16	57,5	27,5	8,6	5,2	0,9	0,4
Q17	3,0	6,0	7,3	9,9	24,9	48,9
Q18	0,0	0,9	3,4	9,0	25,8	60,9
Q19	5,2	1,7	2,6	5,6	21,5	63,5
Q20	0,4	4,3	11,2	21,5	23,6	39,1

A consistência interna nesta amostra aproximou-se do valor de adequação, com um alfa de *Cronbach* de 0,504 (Tabela 24).

Tabela 24: Comparação do alfa de *Cronbach*.

Autor	Araújo; Leal; Figueiras, 2012	Versão portuguesa, 2017
Escala/Subescala		
DBQ	-	0,504
LCI	0,71	0,738
LCE	0,63	0,546
LCP	-	0,247
VS	-	0,544

5.2.4. Associação entre literacia em saúde oral, crenças e autoeficácia

A subescala **locus controlo interno** correlacionou-se significativamente com a autoeficácia para as consultas de medicina dentária ($r=0,257$, $p<0,001$), autoeficácia para a escovagem diária ($r=0,374$, $p>0,001$), autoeficácia para os hábitos alimentares ($r=0,207$, $p=0,002$) e autoeficácia total ($r=0,351$, $p<0,001$) sugerindo que níveis mais elevados de *locus* controlo interno correspondem a níveis mais elevados nas variáveis de autoeficácia (Tabela 25).

A subescala **locus controlo externo** correlacionou-se negativamente com a autoeficácia para as consultas de medicina dentária ($r=-0,256$, $p<0,001$), autoeficácia para a escovagem diária ($r=-0,293$, $p<0,001$) e autoeficácia total ($r=-0,257$, $p<0,001$), apontando que para valores elevados de *locus* controlo externo correspondem valores baixos das respetivas variáveis (Tabela 25).

A subescala **valores de saúde** correlacionou-se com autoeficácia para consultas de medicina dentária ($r=0,197$, $p=0,004$) e autoeficácia total ($r=0,165$, $p=0,015$). A uma valorização elevada da saúde correspondem valores elevados das respetivas variáveis (Tabela 25).

Não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre a literacia em SO e as variáveis cognitivas (crenças dentárias e autoeficácia para os autocuidados).

Tabela 25: Associação entre literacia em saúde oral, crenças e autoeficácia.

	DBQ				SESS			Literacia
	LCI	LCE	VS	SE-DC	SE-B	SE-DH	SESS	
LCI		-0,332**	0,253	0,257**	0,374**	0,207**	0,351**	0,117
LCE	-0,332**		-0,235**	-0,256**	-0,293**	-0,072	-0,257**	-0,133
VS	0,253	-0,235**		0,120	0,030	0,197**	0,165*	0,061
SE-DC	0,257**	-0,256**	0,120		0,368**	0,415**	0,809**	0,0080,
SE-B	0,374**	-0,293**	0,030	0,368**		0,297**	0,659**	0,082
SE-DH	0,207**	-0,072	0,197**	0,415**	0,297**		0,791**	-0,146
SESS	0,351**	-0,257**	0,165*	0,809**	0,659**	0,791**		-0,039

**A correlação é significativa no nível 0,01.

*A correlação é significativa no nível 0,05.

5.2.5. Associação entre literacia em saúde oral, crenças, autoeficácia e comportamentos de saúde oral

Os **comportamentos de saúde oral** correlacionaram-se significativamente com o *locus* de controlo interno ($r=0,207$, $p=0,002$), autoeficácia para as consultas de medicina dentária ($r=0,377$, $p<0,001$) e autoeficácia total ($r=0,266$, $p<0,001$) sugerindo que indivíduos com níveis mais elevados de *locus* de controlo interno e autoeficácia para as consultas terão melhores comportamentos de SO. Por outro lado, níveis mais elevados de *locus* de controlo externo associaram-se a piores comportamentos de SO ($r=-0,190$, $p=0,004$) (Tabela 26).

O nível de literacia em SO não se associou significativamente com a adoção de comportamentos relacionados com a SO (Tabela 26).

Tabela 26: Associação entre literacia em saúde oral, crenças, autoeficácia e comportamentos de saúde oral.

	DBQ			SESS				Literacia
	LCI	LCE	VS	SE-DC	SE-B	SE-DH	SESS	
Comportamentos	0,207**	-0,190**	0,000	0,377**	0,115	0,094	0,266**	0,151

**A correlação é significativa no nível 0,01.

*A correlação é significativa no nível 0,05.

5.2.6. Associação entre literacia em saúde oral, crenças, autoeficácia e percepção de saúde oral

A uma melhor **percepção do nível de SO** associaram-se níveis mais elevados de *locus* de controlo interno ($r_s=0,202$, $p=0,002$), valores de saúde ($r_s=0,129$, $p=0,049$), autoeficácia para consultas de medicina dentária ($r_s=0,354$, $p>0,001$), autoeficácia para a escovagem diária ($r_s=0,241$, $p<0,001$), autoeficácia para os hábitos alimentares ($r_s=0,150$, $p=0,027$), autoeficácia total ($r_s=0,342$, $p<0,001$) e comportamentos de SO ($r_s=0,361$, $p<0,001$) (Tabela 27).

Tabela 27: Associação entre literacia em saúde oral, crenças, autoeficácia e percepção de saúde oral.

	Comportamentos	DBQ			SESS				Literacia
		LCI	LCE	VS	SE-DC	SE-B	SE-DH	SESS	
Percepção SO	0,361**	0,202**	-0,260	0,129*	0,354**	0,420**	0,150*	0,342**	0,128

**A correlação é significativa no nível 0,01.

*A correlação é significativa no nível 0,05.

Quando considerada a associação entre as variáveis categóricas para o nível de literacia em SO (inadequado, marginal, adequado) e percepção de SO (má ou razoável,

boa ou muito boa) verificou-se que indivíduos com nível de literacia em SO mais elevado tinham maior probabilidade de ter uma melhor perceção de SO ($\chi^2=8,460$, $p=0,015$).

5.2.7. Regressão linear: preditores dos comportamentos de saúde oral

A tabela 28 apresenta os resultados da regressão linear realizada para analisar o contributo das crenças, autoeficácia e literacia em SO para os comportamentos relacionados com a SO. As variáveis sociodemográficas foram introduzidas no primeiro bloco, a literacia em SO foi introduzida no segundo bloco, as crenças em SO foram introduzidas no terceiro bloco e as variáveis da autoeficácia foram introduzidas no quarto bloco. O modelo final explica 22% dos comportamentos relacionados com a SO, sendo significativo ($F= 4,004$, $p<0,001$). Este modelo evidenciou um efeito significativo da autoeficácia relacionada com a utilização consultas de medicina dentária (SE-DC), sugerindo que indivíduos com níveis mais elevados de autoeficácia apresentaram melhores comportamentos relacionados com a SO.

Tabela 28: Regressão linear preditores dos comportamentos de saúde oral.

	B	Erro padrão B	β
Passo 1			
Constante	6,423	0,432	
Instr. Pai	0,104	0,079	,138
Instr. Mãe	-0,097	0,082	-,124
Género	0,279	0,207	,110
Passo 2			
Constante	5,781	0,566	
Instr. Pai	0,105	0,078	,139
Instr. Mãe	-0,093	0,081	-,118
Género	0,219	0,208	,086
Literacia	0,058	0,033	,142
Passo 3			
Constante	5,655	1,067	
Instr. Pai	0,070	0,078	,094
Instr. Mãe	-0,060	0,080	-,076
Género	0,257	0,208	,101

Literacia	0,039	0,033	,097
LCI	0,044	0,023	,168
LCE	-0,051	0,027	-,160
VS	-0,029	0,026	-,092

Passo 4

Constante	4,861	1,124	
Instr. Pai	0,085	0,075	,113
Instr. Mãe	-0,099	0,077	-,127
Gênero	0,199	0,199	,078
Literacia	0,050	0,032	,124
LCI	0,036	0,023	,136
LCE	-0,031	0,027	-,096
VS	-0,036	0,026	-,115
SE-DC	0,093	0,022	,379*
SE-B	-0,035	0,031	-,101
SE-DH	-0,004	0,021	-,018

Nota: $R^2 = 0,159$ para o passo 1; $\Delta R^2 = 0,020$ para o passo 2; $\Delta R^2 = 0,064$ para o passo 3; $\Delta R^2 = 0,113$ para o passo 4 ($ps < 0,001$). * $p < 0,001$

5.2.8. Regressão logística: preditores da percepção de saúde oral

As Tabelas 29 e 30 apresentam os resultados da regressão logística realizada para analisar o contributo das crenças, autoeficácia, literacia em SO e comportamentos de SO para a percepção de SO. As variáveis sociodemográficas foram introduzidas no primeiro bloco, os níveis de literacia em SO no segundo bloco, as crenças em SO foram introduzidas no terceiro bloco (Tabela 29).

Tabela 29: Regressão logística preditores da percepção de saúde oral.

Modelo 0				
Intervalo de Confiança de 95% para exp b				
	B (EP)	Inferior	Exp b	Superior
Constante	0,930* (0,18)		2,535	
Modelo 1				
Intervalo de Confiança de 95% para exp b				
	B (EP)	Inferior	Exp b	Superior
Constante	-0,396 (0,894)		0,673	4,553

Género	0,675 (0,429)	0,848	1,965	1,645
Instr. Pai	0,153 (0,176)	0,825	1,165	1,278
Instr. Mãe	-0,113 (0,183)	0,624	0,893	

Nota Modelo1: $R^2 = 0,018$; 0,021 (*Cox e Snell*); 0,030 (*Nagelkerke*); χ^2 do modelo= 3,171, $p < 0,001$, * $p < 0,001$

Modelo 2				
Intervalo de Confiança de 95% para exp b				
	B (EP)	Inferior	Exp b	Superior
Constante	-1,600 (1,052)		0,202	
Género	0,573 (0,447)	0,738	1,773	4,259
Instr. Pai	0,156 (0,182)	0,819	1,169	1,669
Instr. Mãe	-0,091 (0,187)	0,632	0,913	1,317
Nível literacia (1)	1,884 (0,763)	1,475	6,579	29,335
Nível literacia (2)	1,385 (0,619)	1,187	3,994	13,437

Nota: $R^2 = 0,055$; 0,064 (*Cox e Snell*); 0,092 (*Nagelkerke*). χ^2 do modelo= 10,040, $p < 0,001$, * $p < 0,001$

Modelo 3				
Intervalo de Confiança de 95% para exp b				
	B (EP)	Inferior	Exp b	Superior
Constante	-0,750 (2,404)		0,472	
Género	0,560 (0,486)	0,676	1,751	4,537
Instr. Pai	0,068 (0,193)	0,733	1,070	1,562
Instr. Mãe	-0,041 (0,195)	0,655	0,960	1,406
Nível literacia (1)	1,761 (0,820)	1,167	5,820	29,017
Nível literacia (2)	1,227 (0,669)	0,920	3,412	12,653
LCI	0,047 (0,054)	0,944	1,048	1,164
LCE	-0,181 (0,065)	0,735	0,834	0,948
VS	-0,010 (0,066)	0,870	0,990	1,126

Nota: $R^2 = 0,114$; 0,127 (*Cox e Snell*); 0,183 (*Nagelkerke*). χ^2 do modelo= 20,726, $p < 0,001$, * $p < 0,001$

A tabela 30 apresenta os resultados da regressão logística depois de introduzidas as variáveis de autoeficácia (4º bloco) e os comportamentos relacionados com a SO (5º bloco). Realizada para analisar o contributo das crenças, autoeficácia, literacia em SO e comportamentos de SO para a perceção de SO.

O modelo 4 explica 21,3% da percepção relacionada com a SO, sendo significativo ($\chi^2=38,626$ $p<0,001$). Este modelo evidenciou um efeito significativo da autoeficácia relacionada com as consultas de medicina dentária (SE-DC), apontando que com o aumento no nível de autoeficácia melhora a percepção de SO.

No modelo 5, ao introduzir a variável dos comportamentos relacionados com a SO, o efeito da autoeficácia perdeu significância estatística. Contudo, o modelo continua a ser significativo ($\chi^2=45,012$ $p<0,001$), explicando 24,9% da percepção relacionada com a SO. (Tabela 30, Modelo 5).

Tabela 30: Modelo final.

Modelo 4				
	Intervalo de Confiança de 95% para exp b			
	B (EP)	Inferior	Exp b	Superior
Constante	-5,288 (3,148)		0,005	
Género	0,463 (0,515)	0,579	1,589	4,359
Instr. Pai	0,202 (0,212)	0,808	1,224	1,856
Instr. Mãe	-0,188 (0,213)	0,546	0,829	1,257
Nível literacia (1)	2,252 (0,918)	1,573	9,504	57,439
Nível literacia (2)	1,561 (0,753)	1,088	4,762	20,842
LCI	-0,031 (0,069)	0,847	0,970	1,109
LCE	-0,130 (0,071)	0,764	0,878	1,010
VS	-0,026 (0,070)	0,849	0,974	1,118
SE-DC	0,193 (0,062)	1,073	1,212*	1,370
SE-B	0,127 (0,082)	0,966	1,135	1,334
SE-DH	0,008 (0,060)	0,896	1,008	1,135

Nota: $R^2= 0,213$; $0,224$ (Cox e Snell); $0,322$ (Nagelkerke). X^2 do modelo= $38,626$, $p<0,001$,

* $p<0,001$

Modelo 5				
	Intervalo de Confiança de 95% para exp b			
	B (EP)	Inferior	Exp b	Superior
Constante	-8,615 (3,562)		0,000	
Género	0,368 (0,534)	0,507	1,445	4,117
Instr. Pai	0,175 (0,221)	0,772	1,191	1,837
Instr. Mãe	-0,153 (0,219)	0,558	0,858	1,318
Nível literacia (1)	2,368 (0,947)	1,670	10,679	68,295
Nível literacia (2)	1,580 (0,777)	1,058	4,854	22,280
LCI	-0,061 (0,073)	0,816	0,941	1,085

LCE	-0,103 (0,074)	0,780	0,902	1,043
VS	-0,009 (0,071)	0,861	0,991	1,140
SE-DC	0,144 (0,064)	1,018	1,154	1,309
SE-B	0,154 (0,086)	0,985	1,166	1,380
SE-DH	0,010 (0,061)	0,896	1,010	1,139
Comportamentos	0,605 (0,249)	1,124	1,832	2,986

Nota: $R^2=0,249$; 0,256 (Cox e Snell); 0,368 (Nagelkerke). X^2 do modelo= 45,012, $p<0,001$,
 $*p<0,001$

6. Discussão

A SO é uma componente importante da saúde geral. É influenciada por vários fatores, sendo por isso mesmo um dos problemas de saúde pública mais desafiantes pela sua multidimensionalidade e impacto visual e social (Afonso ; Silva, 2015). Os modelos explicativos e intervenções dirigidas ao determinante mais modificável da SO têm-se revelado insuficientes para reduzir a dimensão deste importante desafio da saúde pública. A literacia em SO, compreendida como o grau em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e compreender informações e serviços básicos de saúde essenciais para tomar decisões de SO (Rustvold, 2012), tem sido assumida como uma variável importante para a adoção de comportamentos de SO adequados.

O presente estudo pretendeu assim analisar a relação entre atitudes, crenças, comportamentos de SO, literacia em SO e percepção de SO de estudantes universitários. Neste sentido, foram desenvolvidos estudos de validação de um instrumento para avaliação da autoeficácia em SO e de um questionário de avaliação da literacia em SO. Adicionalmente, o estudo principal explorou a relação entre diversas variáveis contempladas nos modelos explicativos do papel da literacia em SO para o nível de SO dos indivíduos.

6.1. Estudos de validação

6.1.1. SESS

Os resultados com a versão portuguesa do SESS revelaram que a média das pontuações para o SESS e suas subescalas foi superior às médias obtidas por Kakudate, Morita e Kawanami (2008) com exceção da subescala SE-DH.

Relativamente às propriedades psicométricas do SESS, os valores de alfa de *Cronbach* mostraram-se inferiores aos reportados no estudo publicado em japonês (Kakudate *et al.*, 2007), no entanto indicaram uma boa consistência interna. Quando comparados com os valores reportados na publicação em inglês, os valores de consistência interna obtidos foram superiores, com exceção da subescala SE-B (Kakudate, Morita e Kawanami em 2008).

6.1.2. OHL-AQ

Os resultados com a versão portuguesa do OHL-AQ revelaram uma maior percentagem de sujeitos com níveis de literacia “adequados” do que o encontrado no estudo original (Sistani *et al.*, 2014), mas menor do que a percentagem encontrada na versão inglesa (Flynn *et al.*, 2016).

De acordo com o *European Health Liiteracy Survey*, que visa o desenvolvimento, validação e aplicação nos diferentes países do questionário que afere os níveis de literacia da saúde da população, 17% da população portuguesa apresenta um nível de literacia geral sem saúde inadequado. Portugal assume-se como o terceiro país com maiores percentagens de níveis de literacia inadequados (16,9%) (Pedro ; Amaral ; Escoval, 2016).

No estudo de Assunção (2015), a percentagem de indivíduos com um nível de literacia adequado encontrada (79%) é superior ao encontrado com o *European Health Liiteracy Survey* na população portuguesa.

Os resultados revelaram uma consistência interna que se aproximou do valor de adequação, embora os valores encontrados sejam inferiores aos reportados no estudo original e no estudo da versão inglesa. Estas diferenças poderão dever-se ao facto da amostra ser constituída por estudantes do ensino superior, enquanto a amostra do estudo original era constituída por indivíduos adultos de Teerão e a amostra do estudo inglês por indivíduos adultos residentes em Minnesota. A dimensão da amostra pode ser um outro fator que contribui para um Alfa de *Cronbach* mais baixo neste estudo, quando consideramos a amostra do estudo inglês (n=405). Finalmente, há que considerar o procedimento de recolha de dados, que não permitia aos participantes colocarem quaisquer dúvidas acerca das questões ou clarificar as suas respostas.

6.2. Comportamentos relacionados com a saúde oral

Relativamente aos comportamentos de SO, a grande maioria (80,5%) efetuava a escovagem duas ou mais vezes por dia. Estes resultados são ligeiramente inferiores aos encontrados por Albuquerque (2013) onde a percentagem encontrada foi de 94,2% e Fortes (2016) 89,7%. De ressaltar que nestes estudos a população em questão era composta por estudantes universitários apenas da área da SO. Quando comparamos com os dados obtidos pelo Barómetro de Saúde Oral de 2017 (84,7%), as percentagens encontradas neste estudo são também ligeiramente inferiores.

Apesar de se verificar que a escovagem dos dentes está bem implementada na população, o mesmo não acontece relativamente ao fio dentário. Os valores encontrados (7,8%) foram menores que os de Albuquerque (2013), onde a frequência encontrada foi de 16,4%, Fortes (2016) com uma frequência de 9,5% e Barómetro de Saúde Oral (2017) com 35,3%. Estes resultados indicam que este é um tópico essencial a incluir e insistir na adoção de comportamentos de SO.

A principal razão da última consulta com o médico dentista deveu-se a rotina, este motivo apresenta-se consistente com os dados do Barómetro de Saúde Oral (2017) (45,7%).

É também interessante verificar que, apesar da maioria dos participantes já ter visitado o médico dentista, inclusivamente 78,7% o fez no último ano, e recorrer ao mesmo para obter informação, uma elevada percentagem refere os familiares como fonte de informação preferencial. Estes resultados vão ao encontro dos dados do Barómetro Nacional de Saúde Oral (2017) onde a procura de informação sobre SO junto do médico dentista assume uma maior percentagem (35%). Por outro lado, no estudo de Fortes (2016) foi junto de um familiar (47,3%) que os indivíduos tiveram a principal fonte de informação em SO.

No que diz respeito ao consumo de hidratos de carbono, 16,4% dos estudantes afirmaram fazê-lo “todos os dias”, sendo este consumo mais frequente “entre as refeições”. Foram obtidas percentagens inferiores relativamente ao estudo de Fortes (2016).

Relativamente à perceção da SO, a maioria dos estudantes considerava ter uma boa SO. Estes resultados aproximam-se dos valores do estudo realizado com estudantes universitários de diferentes cursos onde 65,6% considera ter boa SO (Al-Batayneh ; Owais ; Khader, 2014) e ainda do estudo de Veiga *et al.* (2014) que numa população de jovens adolescentes portugueses obtiveram valores de 13,3% para uma perceção muito boa de SO, 65,7% para boa e 21,0% para moderada ou pobre. Também num estudo com jovens adolescentes a perceção de SO encontrada foi boa/muito boa (90%) (Ericsson *et al.*, 2012). No estudo de Albuquerque (2013) a percentagem de jovens que considera ter uma “boa” SO foi de 52%, já 12,4% considera que é “muito boa”.

6.3. Crenças dentárias, autoeficácia, comportamentos de SO, literacia em SO e perceção de SO

As correlações obtidas nas associações entre as diferentes variáveis do estudo foram baixas.

De acordo com o esperado, foram encontradas mais correlações significativas entre variáveis cognitivas (isto é, crenças dentárias e autoeficácia). Níveis mais elevados de *locus* de controlo interno associaram-se à percepção de uma maior autoeficácia para as consultas de medicina dentária, para a escovagem diária, para os hábitos alimentares e autoeficácia geral. Níveis mais elevados de *locus* de controlo externo correlacionaram-se negativamente com a autoeficácia para as consultas de medicina dentária, autoeficácia para a escovagem diária e autoeficácia total. Níveis mais elevados de valores de saúde correlacionaram-se significativamente com a autoeficácia para as consultas de medicina dentária e autoeficácia total. Estes resultados são consistentes com os encontrados por Macek *et al.* (2017), que verificaram uma associação significativa entre conhecimentos, crenças e autoeficácia relacionadas com a SO.

Relativamente à relação entre variáveis cognitivas e comportamentos de SO, níveis mais elevados de *locus* de controlo interno, autoeficácia para as consultas de medicina dentária e autoeficácia total associaram-se a melhores comportamentos de SO. Por outro lado, níveis mais elevados de *locus* de controlo externo associaram-se a piores comportamentos de SO.

Estes resultados vão ao encontro dos obtidos por Anagnodtopoulos *et al.* (2011), onde as crenças de autoeficácia emergiram como preditores significativos da escovagem. A autoeficácia também surgiu como preditor significativo de comportamentos de SO, nomeadamente da escovagem e do uso do fio dentário, num outro estudo realizado em 2010 (Buglar ; White ; Robinson, 2010). Também Mizutani *et al.*, verificaram que altos níveis de autoeficácia estavam associados a melhores comportamentos de SO, em estudantes. Os autores concluíram ainda que, uma alta autoeficácia estava associada a uma atitude mais positiva relativamente às visitas ao médico dentista (Mizutani *et al.*, 2012). Ying *et al.* (2015) num estudo que envolveu estudantes universitários de Ciências da Saúde atestaram parecer haver uma relação positiva entre a literacia em SO e o comportamento de SO.

No que se refere ao nível de SO, verificou-se que níveis mais elevados de *locus* de controlo interno, valores de saúde, autoeficácia para consultas de medicina dentária, autoeficácia para a escovagem diária, autoeficácia para os hábitos alimentares, autoeficácia total e comportamentos de SO se associaram a uma melhor percepção do nível de SO. Broadbent ; Thomson ; Poulton (2006) verificaram que as crenças dentárias favoráveis desde a adolescência até à idade adulta contribuem para menos cáries dentárias e doença periodontal, uma melhor higiene oral e uma melhor percepção de SO.

No presente estudo, verificou-se também que indivíduos com uma percepção de SO boa ou muito boa tinham mais probabilidade de ter um nível de literacia adequado. Na Índia, a literacia em SO foi associada ao estado de SO (problemas na articulação temperomandibular, necessidade de prótese, cáries dentárias, má oclusão e doença periodontal) (Haridas *et al.*, 2014).

Finalmente, é importante considerar as diferenças encontradas quanto à relação entre o nível de literacia em SO e as restantes variáveis estudadas. Neste estudo, o nível de literacia em SO não se associou significativamente com as crenças e a autoeficácia em SO. De forma distinta, Lee *et al.*, (2012) concluíram que a autoeficácia pode mediar os efeitos da literacia no estado de SO. Também Macek *et al.*, (2017) observaram que níveis de literacia em SO estavam significativamente associados à autoeficácia para a prevenção de doenças orais, bem como às crenças e atitudes de SO. Importa destacar que a literacia em SO tem sido avaliada com recurso a diferentes instrumentos, que contemplam dimensões diversas deste construto, podendo este aspeto justificar a inconsistência de resultados verificada.

Ao introduzir as variáveis deste estudo num modelo de regressão linear para prever os comportamentos relacionados com a SO, verificou-se que a única variável com um efeito preditor significativo foi a autoeficácia relacionada com a utilização de consultas de medicina dentária (SE-DC), reforçando a importância desta dimensão da autoeficácia.

Foi realizado, um estudo em 2011, cujo objetivo era examinar o uso combinado de uma escala de autoeficácia específica para o comportamento de SO e um questionário de SO para avaliar os comportamentos e as cognições dos indivíduos relacionados com a SO. Os autores constaram que as mulheres apresentaram pontuações médias mais elevadas de autoeficácia comparativamente aos homens. A análise de regressão logística revelou interações significativas entre a escala de autoeficácia e o questionário de comportamentos em homens e mulheres (Soutome ; Kajiwarra ; Ocho, 2011).

O modelo de regressão logística para a percepção do nível de SO demonstrou um efeito significativo da autoeficácia relacionada com as consultas de medicina dentária (SE-DC), sugerindo que indivíduos com níveis mais elevados de autoeficácia apresentam uma melhor percepção de SO. Não foram encontrados estudos na literatura que suportem estes achados, sendo necessário uma maior investigação no futuro.

6.4. Limitações

Este trabalho apresenta um conjunto de limitações que importa considerar. O tipo de amostragem não probabilística por conveniência interfere na representatividade da população, condicionando a inferência dos resultados. Adicionalmente, a dimensão da amostra limita o poder da mesma.

A escolha das escalas SESS e OHL-AQ implicou a utilização de uma tradução experimental que embora tenha apresentado valores satisfatórios de consistência interna, apenas foram aplicadas a estudantes do ensino superior, sendo necessário a aplicação a populações mais heterogêneas.

É importante considerar que o facto de se ter utilizado um questionário *online* de autopreenchimento pode ter influenciado as respostas dos participantes, no sentido de refletirem as suas perceções ideais de comportamento de saúde, em vez do seu comportamento individual. Também o facto de o preenchimento ter sido efetuado *online* permitiu que alguns indivíduos abandonassem o estudo ou passassem questões à frente.

Nesta investigação não foram estudados fatores importantes como a condição clínica de SO, nomeadamente a cárie dentária e a doença periodontal.

As limitações acima mencionadas constituem alguns pontos de partida para futuras investigações que preencham estas lacunas.

7. Conclusão

Este estudo constitui um contributo modesto para caracterizar e aprofundar conhecimentos sobre a SO dos estudantes universitários portugueses. Com a inclusão de preditores de crenças dentárias, autoeficácia e literacia, pretendeu-se dar um salto qualitativo na compreensão da SO e comportamentos relacionados com a SO, uma vez que a maioria dos estudos nacionais apenas se insere no nível descritivo da análise.

A validação da escala SESS e do questionário OHL-AQ apresentaram resultados positivos e assumem-se como instrumentos promissores para utilizações futuras, embora apenas tenham sido aplicadas numa população com características homogéneas.

A frequência de escovagem dos dentes demonstrou estar bem implementada, com a grande maioria dos estudantes a escovarem bidariamente. Contudo, o uso do fio dentário e o consumo de hidratos de carbono entre as refeições apresentam-se como comportamentos não satisfatórios de SO. De destacar que nesta amostra foram encontrados comportamentos relacionados com a SO menos favoráveis do que os descritos noutros estudos portugueses, apontando a necessidade de aprofundar o conhecimento acerca dos hábitos dos indivíduos nesta etapa do desenvolvimento. Adicionalmente, sugere também esta população como um importante grupo alvo para intervenções preventivas.

À semelhança de outros estudos, a autoeficácia assumiu um papel de relevo neste estudo relacionando-se significativamente com as várias variáveis. Num país onde os indivíduos vão às consultas de medicina dentária menos vezes que o sugerido pelos profissionais de SO, foi a autoeficácia para as consultas de medicina dentária (SE-DC) a única variável com um efeito preditor dos comportamentos relacionados com a SO. Também esta variável foi a única que demonstrou um efeito significativo para a perceção do nível de SO, reforçando a importância desta dimensão da autoeficácia.

Os dados encontrados no presente estudo questionam-nos até que ponto a autoeficácia para as consultas de medicina dentária não está relacionada com outros fatores preponderantes para os comportamentos e nível de SO dos indivíduos. Desta forma, esta dimensão específica da autoeficácia deverá ser melhor explorada em estudos futuros. Por outro lado, o papel de destaque da autoeficácia salienta também a necessidade de contemplar não apenas a promoção da autoeficácia geral mas também da autoeficácia específica e suas diferentes dimensões nas intervenções preventivas.

É ainda importante ressaltar os resultados encontrados acerca da literacia em SO. Embora esta variável tenha sido claramente apontada como essencial para compreender e modificar o nível de SO e os comportamentos de SO das populações, trata-se de um construto menos estabelecido do ponto de vista da avaliação. Na verdade, as diferentes medidas de avaliação da literacia em SO têm focado apenas parte das dimensões que constituem o conceito de literacia em SO. A tentativa do OHL-AQ de ampliar as dimensões contempladas merece claramente maior exploração na investigação, nomeadamente um maior investimento na avaliação da validade do construto e da validade por referência a um critério. Da mesma forma, a aposta deste estudo de incluir diferentes variáveis contempladas nos modelos conceituais da literacia em saúde deverá receber atenção em trabalhos futuros, no sentido de melhor orientar o desenho de intervenções preventivas.

Assim conclui-se que, apesar das limitações apresentadas, este trabalho confirma a importância que aspetos cognitivos e psicológicos podem ter na abordagem da SO e lança pistas quanto a variáveis a modificar e grupos a contemplar.

8. Referências bibliográficas

ADAIR, P. ; *et al.* – Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices among ethnically and socio-economical diverse groups. **Community Dental Health**. 21 : 1 Suppl (2004) 102-111.

AFONSO, A. ; SILVA, I. – Qualidade de vida relacionada com saúde oral e variáveis associadas: revisão integrativa. **Psicologia, Saúde & Doenças**. 16 : 3 (2015) 311-330.

AGUIRRE-ZERO, O. *et al.* – Identification of barriers and beliefs influencing engagement by adult and teen Mexican-Americans in oral health behaviors. **Community Dental Health**. 33 : 1 (2016) 44-47.

AKAR, G. ; ÖZMUTAF, N. ; OZGUR, Z. – An Assessment of Self-Reported Oral Health Behaviour of Non-Dental School Students in Turkey. **Acta Stomatologica Croatica**. 43 : 1 (2009) 13-23.

ALBUQUERQUE, T. – Atitudes, comportamentos e condições de saúde oral de estudantes universitários ao longo da sua vivência académica. Lisboa : Faculdade de Medicina Dentária. Universidade de Lisboa, 2013. Tese elaborada para obtenção do grau de Doutor em Ciências e Tecnologias da Saúde. Especialidade de Higiene Oral.

AL-BATAYNEH, O. ; OWAIS, A. ; KHADER, Y. – Oral health knowledge and practices among diverse university students with access to free dental care: a cross-sectorial study. **Open Journal of Stomatology**. 4 (2014) 135-142.

AL-HUSSAINI, R. *et al.* – Dental Health Knowledge, Attitudes and Behaviour among Students at the Kuwait University Health Sciences Centre. **Medical Principles and Practice**. 12 : 4 (2003) 260-265.

ANAGNOSTOPOULOS, F. *et al.* – Self-efficacy and oral hygiene beliefs about toothbrushing in dental patients: a model-guided study. **Behavioral Medicine**. 37 (2011) 132-139.

ARAÚJO, M. – O que pensa uma dor de dentes... - Estudo exploratório sobre crenças individuais de saúde oral e medo de “ir ao dentista”. Lisboa : Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2002. Tese elaborada para obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde.

ASSUNÇÃO, V. – Avaliação da literacia em saúde oral e da saúde oral dos alistados e oficiais da Escola da Guarda – GNR. Lisboa : Faculdade de Medicina Dentária.

Universidade de Lisboa, 2015. Tese elaborada para a obtenção do grau de Doutor em Ciências e Tecnologias da Saúde, especialidade de Higiene Oral.

BANDURA, A. – Health promotion by Social Cognitive Means. **Health Education & Behavior**. 31 : 2 (2004) 143-164.

BASKARADOSS, J. – The association between oral health literacy and missed dental appointments. **Journal of the American Dental Association**. (2016) 1-8.

BORKOWSKA, E. ; WATTS, T. ; WEINMAN, J. – The relationship of health beliefs and psychological mood to patient adherence to oral hygiene behaviour. **Journal of Clinical Periodontology**. 25 (1998) 187-193.

BORRALHO, S. – Prevalência, gravidade e fatores associados à cárie precoce de infância no distrito de Lisboa. Lisboa : Faculdade de Medicina Dentária. Universidade de Lisboa, 2014. Tese elaborada para obtenção do grau de Doutor em Medicina dentária, especialidade de Medicina Dentária Preventiva e Comunitária.

BRIGGS, S. ; CHEEK, J. – The role of factor analysis in the development and evaluation of personality scales. **Journal of Personality**. 54 : 1 (1986) 106-148.

BROADBENT, J. ; THOMSON, W. ; POULTON, R. – Oral health beliefs in adolescence and oral health in young adulthood. *Journal of Dental Research*. 85 : 4 (2006) 339-343.

BUGLAR, M. ; WHITE, K. ; ROBINSON, N. – The role of self-efficacy in dental patients' brushing and flossing: testing an extended Health Belief Model. **Patient Education and Counseling**. 78 (2010) 269-272.

BURGETTE, J. *et al.* – Is Dental Utilization Associated with Oral Health Literacy? **Journal of Dental Research**. (2015) 1-7.

COOPER, A. *et al.* – Primary school-based behavioural interventions for preventing caries : review. **The Cochrane Collaboration**. 2013.

DAVIS, R. *et al.* – Theories of behaviour and behaviour change across the social and behavioural sciences: a scoping review. **Health Psychology Review**. 9 : 3 (2015) 323-344.

DENTAL HEALTH FOUNDATION – Dental caries (tooth decay). [Em linha] Ireland : Dental Health Foundation, sd. [Consult. 26 Out. 2017]. Disponível em <https://www.dentalhealth.ie/dentalhealth/causes/dentalcaries.html>

DENTAL HEALTH FOUNDATION – Periodontal disease. [Em linha] Ireland : Dental Health Foundation, sd. [Consult. 26 Out. 2017]. Disponível em <https://www.dentalhealth.ie/dentalhealth/causes/periodontaldisease.html>

DIAS, A. – Atitudes e comportamentos de saúde oral em estudantes de medicina dentária em Portugal e na Holanda – um estudo comparativo. Viseu : Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa, 2015. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária.

DICKSON-SWIFT, V. *et al.* – Measuring oral health literacy : a scoping review of existing tools. **BioMed Central Oral Health**. 14 : 148 (2014).

DOGAR, I. – Biopsychosocial model. **Annals of Punjab Medical College**. (2007) 11-13.

EKE, P. *et al.* – Prevalence of periodontitis in adults in the United States: 2009 and 2010. **Journal of Dental Research**. 91 : 10 (2012) 914-920.

ERICSSON, J. *et al.* – Oral health-related perceptions, attitudes, and behavior in relation to oral hygiene conditions in an adolescent population. **European Journal of Oral Sciences**. 120 (2012) 335-341.

ESPANHA, R. ; ÁVILA, P. ; MENDES, R. – Literacia em saúde em Portugal : relatório síntese. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2016.

FDI – FDI visão 2020: uma reflexão sobre o futuro da saúde oral. FDI – World Dental Federation, 2012.

FDI – The challenge of oral disease : a call for global action. 2nd ed. FDI – World Dental Federation, 2015.

FDI - FDI's definition of oral health. [Em linha] 2016 [Consult. 25 Out. 2017]. Disponível em <http://www.fdiworlddental.org/oral-health/fdis-definition-of-oral-health>

FLOYD, F. ; WIDAMAN, K. – Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. **Psychological Assessment**. 7 : 3 (1995) 286-299.

FLYNN, P. *et al.* – Psychometric properties of the English version of the oral health literacy adults questionnaire – OHL-AQ. **Community Dental Health**. 33 (2016) 274-280.

FORTES, C. *et al.* – Atitudes, comportamentos e estado de saúde oral dos alunos do 1.º ano da Faculdade de Medicina Dentária de Universidade de Lisboa. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**. 57 : 4 (2016) 236-246.

GIL, A. – Métodos e técnicas de pesquisa social. 6nd ed. São Paulo : Editora Atlas S.A., 2008.

- HARIDAS, R. *et al.* – Oral Health Literacy and Oral Health Status among Adults Attending Dental College Hospital in India. **Journal of International Oral Health**. 6 : 6 (2014) 61-66.
- HOLLISTER, M. ; ANEMA, M. – Health Behavior Models and Oral Health : A Review. **Journal of Dental Hygiene**. 78 : 3 (2004) 1-8.
- HOLTZMAN, J. *et al.* – The association between oral health literacy and failed appointments in adults attending a university-based general dental clinic. **Community Dentistry and oral Epidemiology**. 42 (2014) 263-270.
- HONGAI, S. *et al.* – Assessing the oral health literacy : A review. **International Journal of Medicine and Public Health**. 3 : 4 (2013) 219-224.
- HOROWITZ, A. ; KLEINMAN, D. – Oral health literacy: the new imperative to better oral health. **The Dental Clinics of North America**. 52 (2008) 333-344.
- JONES, M. ; LEE, J. ; ROZIER, G. – Oral health literacy among adult patients seeking dental care. **Journal of the American Dental Association**. 138 : 9 (2007) 1199-1208.
- KAKUDATE, N. ; MORITA, M. ; KAWANAMI, M. – Oral health care-specific self-efficacy assessment predicts patient completion of periodontal treatment: a pilot cohort study. **Journal of Periodontology**. 79 : 6 (2008) 1041-1047.
- KAKUDATE, N. *et al.* – Application of self-efficacy theory in dental clinical practice. **Oral Diseases**. 16 (2007) 747-752.
- KASMAEI, P. *et al.* – Brushing behavior among young adolescents: does perceived severity matter. **BioMed Central Oral Health**. 14 : 8 (2014) 1-6.
- KAY, E. ; LOCKER, D. – A systematic review of the effectiveness of health promotion aimed at improving oral health. **Community Dental Health**. 15 (1998) 132-144.
- KICKBUSCH, I. *et al.* – Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century. **Health Promotion International**. 15 : 3 (2000) 183-184.
- LEE, J. *et al.* – The relationship of oral health literacy and self-efficacy with oral health status and dental neglect. **American Journal Public Health**. 102 : 5 (2012) 923-929.
- LEMOS, I. – A importância da qualidade de vida na saúde oral dos idosos. Porto: Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade Fernando Pessoa, 2013. Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária.
- LOCKER, D. – Measuring oral health : a conceptual framework. **Community Dental Health**. 5 : 1 (1988) 3-18.

LOURENÇO, A.; BARROS, P. – Cuidados de saúde oral: universalização. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2016. Estudo realizado por solicitação da Ordem dos Médicos Dentistas.

MÁRQUEZ, G. – Prevalência da doença periodontal de uma população de utentes em cuidados de saúde primários inscritos na Unidade Saúde Familiar (USF) Espinho. Porto : Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade Fernando Pessoa, 2014. Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Medicina dentária.

MACEK, M. *et al.* – Measuring conceptual health knowledge in the context of oral health literacy: preliminary results. **Journal Public Health Dentistry**. 70 (2010) 197-204.

MACEK, M. *et al.* – Oral health conceptual knowledge and its relationships with oral health outcomes: findings from a multi-site health literacy study. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**. (2017) 1-7.

MIRAVET, A. ; COMPANY, J. ; SILLA, J. – Evaluation of caries risk in a young adult population. **Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugía Bucal**. 3 : 1 (2007) 412-418.

MIZUTANI, S. *et al.* – Effects of self-efficacy on oral health behaviours and gingival health in university students aged 18- or 19-years-old. **Journal of Clinical Periodontology**. (2012) 1-6.

NEWTON, J. ; BOWER, E. – The social determinants of oral health: new approaches to conceptualizing and researching complex causal networks. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**. 33 (2005) 25-34.

NIELSEN-BOHLMAN, L. ; INSTITUTE OF MEDICINE, U. S. - Health literacy : a prescription to end confusion. Washington, D.C. : National Academies Press, 2004.

ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS (OMD) – Plano Nacional de Saúde 2011-2016 : Estratégia de saúde oral em Portugal – um conceito de transversalidade que urge implementar (proposta conceptual). Porto: Ordem dos Médicos Dentistas, 2010.

ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS (OMD) – Barómetro da Saúde Oral 2017. Ordem dos Médicos Dentistas. 3ª Edição : Portugal, 2017.

O'MALLEY, P. *et al.* – An evaluation of a storybook targeting parental attitudes, intention, and self-efficacy to change their child's oral health behavior. **Health Psychology**. 36 : 2 (2017) 152-159.

PAASCHE-ORLOW, M. ; WOLF, M. – The causal pathways linking health literacy to health outcomes. **American journal of health behavior**. 31 : 1 (2007) 519-526.

PATEL, R. – The state of oral health in Europe: report commissioned by the platform for better oral health in Europe. Platform for Better Oral Health in Europe, 2012.

PEDRO, A. ; AMARAL, O ; ESCOVAL, A. – Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 34 : 3 (2016) 259-275.

PEREIRA, C. *et al.* – Comportamentos de saúde oral em adolescentes portugueses. **Revista portuguesa de saúde pública**. 31 : 2 (2013) 145-152.

PETERSEN, P. – World Health Organization global policy for improvement of oral health – World Health Assembly 2007. **International Dental Journal**. 58 (2008) 115-121.

PIPERAKIS, S. *et al.* – A survey on the knowledge, attitude and behavior of Greek elementary school students about oral health and dental care. **Pediatric Dental Journal**. 18 : 2 (2008) 167-175.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde (DGS) – Circular Normativa Nº01/DSE: Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Lisboa, DGS, 2005.

REGRA, D. – Estudo Descritivo de Conhecimentos, Hábitos e Percepção de Saúde Oral da População Adulta do Distrito de Beja. Beja, 2005.

REGRA, D. – Promoção da Saúde Oral : Uma experiência de prevenção de cárie num Concelho rural. Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2011. Dissertação elaborada no âmbito do Mestrado em Saúde Comunitária 2004/2006 ministrado pela ENSP. UNL.

RIMONDINI, L. *et al.* – Self-preventive oral behavior in an Italian university student population. **Journal of Clinical Periodontology**. 28 (2001) 207-211.

RENZ, A. *et al.* – Psychological interventions to improve adherence to oral hygiene instructions in adults with periodontal diseases (review). The Cochrane Collaboration. 2 (2007).

RUA, J. – Influência do perfil académico nos comportamentos de saúde oral e alimentares. Porto : Faculdade de Medicina Dentária. Universidade do Porto, 2014. Artigo de investigação elaborado no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária ministrado pela FMD. UP.

RUSTVOLD, S. – Oral Health Knowledge, Attitudes, and Behaviors : Investigation of an Educational Intervention Strategy with At-Risk Females. Portland : Portland State

University, 2012. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Education in Educational Leadership: Postsecondary Education.

SHEIHAM, A. ; WATT, R. – The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. . **Community Dentistry and Oral Epidemiology**. 28 (2000) 399-406.

SHWETHA, H. *et al.* – Behavioral change models – a niche to create positive health outcome. **International Journal of Oral Care and Research**. 3 : 7 (2015) 86-91.

SIDDIGI, S. *et al.* – Framework for assessing governance of the health system in developing countries : Gateway to good governance. **Health Policy**. 90 (2009) 13-25.

SILVA, A. – A Construção de Carreira no Ensino Superior. Universidade do Minho : Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho, 2008. Tese de Doutoramento em Psicologia na Área de Conhecimento de Psicologia Vocacional.

SILVA-SANIGORSKI, A. *et al.* – Parental self-efficacy and oral health-related knowledge are associated with parent and child oral health behaviors and self-reported oral health status. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**. 41 : 2 (2013) 345-352.

SIMON, L. – Overcoming Historical Separation between Oral and General Health Care : Interprofessional Collaboration for Promoting Health Equity. **American Medical Association Journal of Ethics**. 18 : 9 (2016) 941-949.

SISTANI, M. *et al.* – New oral health literacy instrument for public health: development and pilot testing. **Journal of Investigative and Clinical Dentistry**. 5 (2014) 313-321.

SKARET, E. ; KVALE, G. ; RAADAL, M. – General self-efficacy, dental anxiety and multiple fears among 20-year-olds in Norway. **Scandinavian Journal of Psychology**. 44 (2003) 331-337.

SPECIAL EUROBAROMETER – Oral health. Belgium, 2009.

SPECIAL EUROBAROMETER – Oral health. Belgium, 2010.

SOARES, A. *et al.* – Modelo Multidimensional de Ajustamento de jovens ao contexto Universitário (MMAU) : Estudo com estudantes de ciências e tecnologias versus ciências sociais e humanas. **Análise Psicológica**. 1 (2006) 15-27.

SØRENSEN, K. *et al.* – Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. **BioMed Central Public Health**. 12 : 80 (2012) 1-13.

SOUTOME, S. ; KAJIWARA, K. ; OHO, T. – Combined use of self-efficacy scale for oral health behavior and oral health questionnaire : a pilot study. **Health Education Journal**. 71 : 5 (2011) 576-589.

STRAUB, R. – Staying health: primary prevention and positive psychology. In *Health Psychology: a biopsychosocial approach*. 4nded. New York: University of Michigan, Dearborn, 2014. 196-204.

SYRJÄLÄ, A. ; KNECKT, M. ; KNUUTTILA, M. – Dental self-efficacy as a determinant to oral health behaviour, oral hygiene and HbA1c level among diabetic patients. **Journal Clinical of Periodontology**. 26 (1999) 616-621.

SYRJÄLÄ, A. ; KNUUTTILA, M. ; SYRJÄLÄ, L. – Self-efficacy perceptions in oral health behavior. **Acta Odontologica Scandinavica**. 59 (2001) 1-6.

VEIGA, N. *et al.* – Oral health behaviors in a sample of Portuguese adolescents: an educational issue. **Health Promotion Perspectives**. 4 : 1 (2014) 35-45.

WOELBER, J. *et al.* – Oral hygiene-related self-efficacy as a predictor of oral hygiene behaviour : a prospective cohort study. **Journal of Clinical Periodontology**. 42 (2015) 142-149.

WORLD ORAL HEALTH REPORT - Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. 2003.

YEVLACHOVA, D. ; SATUR, J. – Models for individual oral health promotion and their effectiveness : a systematic review. **Australian Dental Journal**. 54 (2009) 190-197.

YING, N. *et al.* – Oral Health Literacy and Behaviour of Health Sciences University Students. **Journal of Dentistry Indonesia**. 22 : 2 (2015) 56-62.

Apêndices

Apêndice I: Consentimento Informado



Universidade Nova de Lisboa
Escola Nacional de Saúde Pública

Crenças, atitudes e comportamentos de saúde oral em estudantes universitários

Consentimento Informado

O presente trabalho de investigação, intitulado “Crenças, atitudes e comportamentos de saúde oral em estudantes universitários”, está integrado no projeto de dissertação de Mestrado de Vânia Sousa, no âmbito do Curso de Mestrado em Gestão da Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, sob orientação de Ana Rita Goes. Este estudo pretende analisar a relação entre crenças, atitudes, autoeficácia, literacia em saúde oral e comportamentos de saúde oral em estudantes universitários. Considerando que a saúde oral é um componente essencial na saúde em geral e que os indicadores de saúde oral em Portugal se encontram abaixo da média europeia, é essencial investir na compreensão de fenómenos que poderão contribuir para melhorar estes resultados.

A participação neste estudo implica o preenchimento de questionários disponibilizados *online*. O preenchimento é anónimo e dura aproximadamente 15 minutos. Os dados fornecidos são estritamente confidenciais e unicamente utilizados para fins académicos. Neste âmbito, ser-lhe-á atribuído um código de identificação e o seu nome não constará em lado algum dos questionários.

A sua participação é voluntária. Pode recusar-se a participar e pode desistir em qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. A participação neste estudo não acarreta qualquer custo nem é recompensada financeiramente. A sua participação beneficiará o conhecimento científico.

Se precisar de informação ou esclarecimento adicionais, deverá contactar a investigadora Vânia Sousa (vg.sousa@ensp.unl.pt).

Ao clicar em “continuar” estará a declarar que leu as informações acima, entendeu o objetivo deste estudo estando ciente dos potenciais benefícios, bem como da inexistência de riscos quanto à participação e aceita participar no mesmo.

Apêndice II: Protocolo de investigação



Universidade Nova de Lisboa
Escola Nacional de Saúde Pública

Crenças, atitudes e comportamentos de saúde oral em estudantes universitários

Caro participante,

Agradecemos desde já a sua colaboração. Neste estudo serão abordados diferentes tópicos. No início de cada tópico, encontrará instruções para o preenchimento. Pedimos-lhe que leia com atenção cada questão e que responda a todas as questões o melhor possível e com a maior sinceridade.

Muito obrigada pela participação!

As questões que se seguem solicitam-lhe informação de caracterização geral. Preencha ou selecione a resposta que se aplica a SI.

1. Em que curso está inscrito? _____

2. Ano que frequenta: _____

3. Idade: _____

4. Sexo: _____

5. Qual o nível de instrução dos seus pais?

Licenciatura, mestrado, doutoramento;	Bacharelato; 12ºano, 9ºano (ou entre os 9 e 12 anos de escolaridade);	Entre 5º e 9º ano (ou entre os 5 e 9 anos de escolaridade);	4º ano ou menos (até 4 anos de escolaridade).
---	---	---	--

Pai

Mãe

Comportamentos de saúde oral

As questões que se seguem solicitam-lhe informação sobre os comportamentos relacionados com a saúde oral. Clique na resposta que se aplica a SI. Escolha apenas uma opção, exceto quando houver indicação em contrário.

6. Quantas vezes por dia escova os dentes?

Nenhuma vez ao dia;

1 vez ao dia;

2 vezes ou mais vezes por dia.

7. Quando realiza a escovagem dos dentes? Nesta questão **poderá escolher mais do que uma opção.**

De manhã, antes do pequeno-almoço;

De manhã, depois do pequeno-almoço;

Após o almoço;

Após o jantar;

Antes de ir dormir.

8. Usa fio dentário?

Não;

Sim, ocasionalmente;

Sim, todos os dias.

9. Utiliza pasta dentífrica com flúor?

Sim;
Não;
Não sei.

10. Com que regularidade vai ao dentista?

Nunca fui ao dentista;
Regularmente mesmo sem queixas;
Só vou quando tenho dores ou alguma queixa.

11. No último ano realizou alguma consulta com o seu profissional de saúde oral (médico dentista ou higienista oral)?

Sim;
Não.

12. Que razão o levou a procurar o seu profissional de saúde oral no último ano?

Não fui ao dentista no último ano;
Dores de dentes ou abcesso;
Extraír ou tratar um dente;
Consulta anual de prevenção;
Fazer limpeza ou selantes;
Estética;
Outros.

13. Alguma vez recebeu informação da parte do seu profissional de saúde acerca dos cuidados a ter com os seus dentes e gengivas?

Sim;
Não.

14. Qual foi a sua principal fonte de informação sobre os cuidados de saúde oral? Por favor responda APENAS à opção que corresponde à principal fonte (apenas uma opção).

Familiar;
Médico dentista;
Higienista oral;
Médico assistente/Enfermeiro;
Outro.

15. Com que frequência costuma consumir bebidas ou alimentos açucarados ou snacks (por ex. bolachas, bolos, chocolates, rebuçados)?

- Todos os dias;
- A maioria dos dias;
- Ocasionalmente;
- Nunca;
- Outro.

16. Em que altura do dia ingere com mais frequência os alimentos açucarados?
Nesta questão poderá escolher mais do que uma opção.

- Logo após as refeições (como sobremesa);
- Entre as refeições;
- À noite, antes de ir para a cama.

Se assinalou a ultima opção: realiza a escovagem após a ingestão desses alimentos? _____

17. Quando está a estudar, costuma aumentar o consumo de bebidas ou alimentos açucarados?

- Sim;
- Não.

18. Como considera ser a sua saúde oral?

- Muito boa;
- Boa;
- Razoável;
- Má;
- Muito má.

Dental Beliefs Questionnaire (DBQ)

19.

Instruções: Abaixo encontra um conjunto de frases acerca do que pensa e sente sobre a saúde da boca. Por favor, leia cada uma das frases com atenção e indique a sua opinião em relação a cada uma delas, utilizando uma escala de 1 (discordo totalmente) a 6 (concordo totalmente). Não há respostas certas ou erradas, o que conta é a sua opinião.

	1-Discordo completamente			6- Concordo completamente		
Apenas o dentista ou o higienista oral podem prevenir as doenças orais.						
Assim que começamos a ter problemas na boca, eles nunca mais param.						
É importante para mim que os meus amigos pensem que eu tenho uma boca saudável.						
Eu acredito que escovar os dentes ajuda a prevenir as doenças orais.						
Eu acredito que escovar os dentes e usar o fio dentário é importante e possivelmente até pode prevenir as doenças da gengiva e a perda de dentes, no entanto, como não tenho a certeza, não vale a pena perder tempo com isso.						
Eu acredito que perder dentes faz parte do facto de irmos envelhecendo.						
Eu acredito que se escovar os dentes e usar o fio dentário todos os dias fico menos suscetível às doenças orais.						
Eu acredito que se podem prevenir as doenças orais.						
Eu acredito que se usar o fio dentário vou prevenir as doenças orais.						
Eu sou diretamente responsável pela saúde da minha boca.						
Eu sou diretamente responsável por prevenir a perda dos meus dentes.						
Existem coisas mais importantes do que a minha saúde.						

Não há muita coisa que uma pessoa possa fazer para prevenir os problemas orais.						
Não há nada mais importante do que uma boa saúde.						
O destino dos meus dentes está na mão dos dentistas, não importa o tempo que eu demoro a tomar conta deles.						
Se os dentes dos meus pais foram “maus”, então nada pode impedir que os meus também o sejam.						
Sem a nossa saúde nós não somos nada.						
Sempre que tenho problemas na boca devo consultar o dentista.						
Ter uma boa saúde é um pormenor menor na nossa felicidade.						
Visitas regulares ao dentista são a melhor forma de evitar as doenças da boca.						

Self-Efficacy Scale for Selfcare (SESS)

20.

Abaixo encontra um conjunto de frases sobre a forma como cada um se vê no contexto da saúde oral. Para cada frase, indique em que medida se sente confiante na sua capacidade atual para realizar a atividade apresentada, utilizando a seguinte escala para assinalar o seu nível de confiança:

1	2	3	4	5
Nada confiante				Totalmente confiante

1-Nada confiante 5-Completamente
confiante

Ir ao dentista para tratamento de doenças orais.					
Colaborar com o meu dentista e higienista oral para tratar doenças orais.					
Visitar o meu dentista regularmente para evitar o aparecimento de novas doenças orais, mesmo depois de ter terminado um tratamento.					
Fazer <i>check-ups</i> regulares, mesmo quando estou sobrecarregado com o trabalho, os estudos ou tarefas domésticas.					
Fazer <i>check-ups</i> regulares, mesmo quando não estou relaxado.					
Escovar os dentes de acordo com as instruções.					
Escovar os dentes de forma completa e cuidadosa.					
Escovar o espaço entre os dentes e as gengivas.					
Mover a escova de dentes com movimentos curtos e rápidos, durante a escovagem.					
Demorar tempo a escovar os meus dentes cuidadosamente.					
Tentar não dispensar muito tempo a comer entre refeições.					
Fazer as minhas refeições em horários fixos ao longo do dia.					
Tentar fazer uma alimentação equilibrada.					
Tentar não comer e beber antes de me deitar.					

Tentar não comer muitos doces.					
--------------------------------	--	--	--	--	--

Oral Health Literacy Adults Questionnaire (OHL-AQ)

As questões que se seguem estão relacionadas com a literacia em saúde oral e encontram-se divididas em 5 secções. Cada secção inclui instruções de resposta específicas. Por favor, leia as instruções com atenção.

Secção I

Nesta secção serão abordados os conhecimentos de saúde oral. Por favor, leia cada uma das frases com atenção e escolha a opção que considera correta para preencher o espaço em branco. Escolha apenas uma opção para cada espaço.

21. A investigação científica mostra que pode haver uma relação entre doenças orais e outros problemas de saúde como:

Doenças da pele;

Enfarte do miocárdio;

Doença mental;

Distrofia muscular;

Não sei.

22. Uma das doenças orais mais comuns é a cárie dentária. Escovar com pasta de dentes contendo _____ pelo menos duas vezes por _____, usar o fio dentário e evitar alimentos com muito _____ pode prevenir a cárie dentária.

Sabores;

Mês;

Sal;

Branqueador;

Refeição;

Especiarias;

Detergentes,

Dia;

Gordura;

Fluoretos;

Semana;

Açúcar;

Não sei.

Não sei.

Não sei.

23. Todas as pessoas têm 32 dentes _____, nascendo _____ pelos 6 anos de idade.

Incisivos;

A maioria deles;

Decíduos;

O primeiro;

Molares;

O último;

Permanentes;

Todos eles;

Não sei.

Não sei.

Secção II

Nesta secção verá uma receita de antibiótico. Por favor, leia cada uma das frases com atenção e assinale a sua resposta a cada uma das questões ou preencha o espaço em branco.

Diagnóstico: Infecção e abscesso dentário.

Tratamento: Amoxicilina (500mg) cápsulas (21).

Tome uma cápsula por vias oral três vezes (a cada 8 horas) por dia durante 7 dias.

24. Se tomar a primeira cápsula às 14h, a que horas deve tomar a próxima? _____

25. Se os seus sintomas desaparecerem no quarto dia de medicação, deve parar de tomar a medicação?

Sim;

Não;

Não sei.

Secção III

Nesta secção, verá uma instrução relativa a bochechos orais. Por favor, leia cada uma das frases com atenção e assinale a sua resposta a cada uma das questões ou preencha o espaço em branco. Escolha apenas uma opção para cada espaço.

Enxaguamento oral com fluoreto de sódio 0.2%.

Bochechar pro 1 minuto 5cc uma vez por semana.

A seguir não pode comer nem beber nada durante 30 minutos.

26. Considerando esta prescrição, pode engolir o fluoreto de sódio?

Sim;

Não;

Não sei.

27. Se usar o fluoreto de sódio às 12h, quando pode comer ou beber novamente?

Secção IV

Nesta secção, ouvirá algumas frases sobre instruções após uma extração. Por favor, ouça cada uma das frases com atenção e assinale a sua resposta a cada uma das questões ou preencha o espaço em branco. Escolha apenas uma opção para cada espaço. Clique [aqui](#) para ouvir.

Morder uma gaze húmida durante 30 minutos no local do dente extraído.

Não cuspir durante 12 horas.

Comer alimentos frios e macios como gelado ou sopa fria nas 12 horas após a extração do dente.

28. Se o seu dente foi extraído às 8h, quando deve retirar a gaze da sua boca?

29. Se o dente foi extraído às 8h, pode comer comida quente às 14h?

Sim;

Não;

Não sei.

Secção V

Nesta secção, verá algumas perguntas sobre problemas de saúde oral e formas de abordagem dos mesmos. Por favor, leia cada uma das frases com atenção e assinale a sua resposta a cada uma das questões ou preencha o espaço em branco.

30. Qual é a melhor decisão se ocorrer uma pequena hemorragia após a escovagem ou o uso do fio dentário?

Não escovar nem usar o fio dentário diariamente;

Mascar pastilhas elásticas em vez de escovar e usar o fio dentário;

Continuar a escovar e usar o fio dentário diariamente;

Usar um palito em vez de escovar e usar o fio dentário;

Não sei.

31. Qual a melhor decisão se ocorrer dor quando engole?

Consumo de antibióticos;

Consumo de analgésicos;

Consultar um familiar;

Ir ao médico ou ao dentista;

Não sei.

32. Qual das alternativas seguintes é a melhor maneira de remover manchas e tártaro dos dentes?

Comer alimentos duros como a maçã;

Bochechar com um bochecho oral;

Usar uma pasta de dentes antitártaro e branqueadora;

Fazer uma limpeza dentária;

Não sei.

33. Na sua opinião, qual o significado de “Eu ilibo o meu dentista por quaisquer complicações não intencionais do tratamento”?

O meu dentista é responsável por complicações não intencionais do tratamento;

Aceito o tratamento proposto pelo dentista;

Eu dou permissão ao meu dentista para fazer qualquer tratamento conforme o necessário;

O meu dentista não é responsável por complicações não intencionais do tratamento;

Não sei.

34. Na sua opinião, qual o significado de “Eu tenho uma história de alergia a alguns medicamentos”?

Sinto dificuldades em falar após o consumo de alguns medicamentos;

Tenho dores fortes no peito após o consumo de alguns medicamentos;

Sinto dificuldade em respirar e vermelhidão na pele após o consumo de alguns medicamentos;

Sinto ansiedade e tonturas após o consumo de alguns medicamentos;

Não sei.

Obrigada pela sua participação!